

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O Contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no
Estímulo de Posições Não Supinas Durante o 1º e 2º
Estádio do Trabalho de Parto**

Vera Lúcia de Sousa Micano Tavares Relvas

Lisboa

2016



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O Contributo do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no
Estímulo de Posições Não Supinas Durante o 1º e 2º
Estádio do Trabalho de Parto**

Vera Lúcia de Sousa Micano Tavares Relvas

Orientador: Maria Helena Presado

Co-Orientador: Mário Cardoso

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Um grande obrigado a todos os que me ajudaram a alcançar este objetivo, principalmente ao Paulo e à Leonor pelo incentivo, apoio, compreensão e amor incondicional que me ajudaram a ultrapassar os obstáculos deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

ICM – International Confederation of Midwives

NR – Narrativa Reflexiva

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCo – Unidade de Contexto

WHO – World Health Organization

RESUMO

O trabalho de parto não é apenas um fenómeno natural e fisiológico, resulta de fenómenos socioculturais, sendo influenciado no tempo e no espaço por valores, crenças e contextos da prática de cuidados, contribuindo para as grandes alterações na assistência ao parto descritas ao longo da história, nomeadamente, na adoção pela mulher de várias posições durante o mesmo.

A World Health Organization em 1996 revela um conjunto de práticas promotoras do parto normal que demonstram ser úteis e devem ser estimuladas, recomendando, entre outras, o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto, constituindo-se este no principal objetivo deste trabalho.

O presente relatório surge como instrumento de descrição, análise, e reflexão pormenorizada das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas durante o ensino clínico – estágio com relatório contemplado no ciclo de estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, realizado em duas unidades hospitalares, da região da grande Lisboa e da região sul do país.

A metodologia utilizada para a sua concretização assentou numa prática baseada na evidência, utilizando-se como recurso fundamental, uma revisão crítica da literatura realizada segundo a metodologia de revisão sistemática da literatura associada a uma reflexão sobre a prática, através de narrativas reflexivas e respetiva análise de conteúdo.

Os principais resultados revelam uma influência positiva na parturiente, destacando-se o conforto e a satisfação materna, e a redução da dor. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, tem o dever de adequar o conhecimento que visa a melhoria da qualidade dos cuidados e resultados em saúde. Demonstrando-se este comportamento benéfico para a população a que presta cuidados, deve promover a participação ativa da mulher no decurso do parto, através da informação e orientação sobre os riscos e benefícios de cada posição, encorajando e apoiando a mulher a adquirir a posição que escolher.

Palavras-chave: Posições de Parto; Trabalho de Parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Parturiente.

ABSTRACT

Labor is not only a natural and physiological phenomenon, it results from sociocultural phenomena, being influenced in time and place by values, beliefs and healthcare contexts of practice, contributing to the large changes in birth assistance described throughout History, in particular, the use of different birth positions by the woman.

In 1996 the World Health Organization reveals a set of practices that promote the natural childbirth, which are proved to be useful and should be encouraged, recommending, among other things, the incentive of non-supine positions during labor, being this the main purpose of this work.

The present report provides a tool for description, analysis, and detailed reflection on the activities and skills acquired and developed during the planned internship in the study cycle of the Fifth Masters Nursing Program in Maternal Healthcare and Obstetrics, held in two hospital units, in the Lisbon and the southern country regions.

The work method used for its implementation focused on an evidence based practice, using as key resource, a critical review of the literature directed according to the methodology of systematic review associated with a reflective practice, through reflective narratives and its content analysis.

The main results show a positive influence on the expectant mother, highlighting comfort and maternal satisfaction, and pain reduction. The midwife has the duty of adapting the knowledge that aims at improving the quality of care and health outcomes. While demonstrating the benefits of this behavior, the midwife should promote the active participation of women during childbirth, through information and guidance on the risks and benefits of each position, encouraging and supporting women to acquire their position of choice.

Keywords: Birth Positions; Labor; Midwife; Expectant Mothers.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 – Trabalho de Parto.....	12
1.2 – O movimento e a posição materna durante o 1º e 2º estágio do TP..	15
1.3 – O Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy no processo de cuidar	17
2 – METODOLOGIA DE TRABALHO	22
3 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM	24
3.1 – Conhecer a evidência científica atual sobre o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP através de uma Revisão Crítica da Literatura	24
3.2 – Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados sustentados pela responsabilidade profissional, ética e legal.....	28
3.3 – Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica durante o Ensino Clínico – Estágio com Relatório	35
3.4 – Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis que promovam o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP.....	47
3.5 – Discussão de resultados: Entre a teoria e a prática.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: GUIÕES ORIENTADORES DAS NARRATIVAS REFLEXIVAS
SOBRE A PRÁTICA**

APÊNDICE 2: RESULTADOS DE PESQUISA

**APÊNDICE 3: SINTESE DOS ARTIGOS INCLUIDOS NA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA**

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Protocolo de Pesquisa	25
Quadro n.º 2 – Categorias e Unidades de Contexto resultantes das narrativas reflexivas	51
Quadro n.º 3 – Unidades de Registo relativas às Unidades de Contexto “Alívio da Dor”, “Satisfação”, “Conforto” e “Promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP”	52

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto tem sofrido grandes alterações ao longo da história. A evolução da prática obstétrica e da assistência ao parto concretizou-se com a finalidade de melhorar os resultados perinatais. Ao desenvolvimento da medicina e da tecnologia, estiveram associadas práticas obstétricas rotineiras, com os mesmos pressupostos tecnológicos, de medicalização e intervenção, submetendo as expectativas das mulheres a prioridades organizacionais, contribuindo para a diminuição do seu papel ativo no parto, para a perda de confiança e da capacidade de parir, instalando o medo e insatisfação relativamente à experiência do parto (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), 2009; Pinheiro & Marques, 2012).

Atualmente, em Portugal, assiste-se a uma alteração na perceção dos profissionais de saúde, bem como da mulher/casal sobre a assistência ao parto com a promoção do parto normal, respeitando-o como um evento fisiológico no ciclo de vida da mulher, desmedicalizando-o, mantendo, porém, a sua segurança (APEO, 2009; Nogueira, 2012). A mulher/casal começa a ser compreendida como protagonista principal do seu parto devendo, por isso, ser necessário promover o desenvolvimento de uma prestação de cuidados assente numa assistência holística, individualizada, centrada na utente/casal, e baseada na evidência científica, utilizando uma tecnologia apropriada e práticas interventivas reduzidas. Deve ser promovido o respeito pelas decisões da mulher, pela privacidade, dignidade e confidencialidade (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) com base no seu perfil de competências, é o prestador de cuidados primordial à mulher inserida na família e comunidade. É detentor de um conhecimento aprofundado no seu domínio específico de atuação e que presta, para além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados, comuns e específicos, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos em competências especializadas de cariz científico, técnico e humano que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente sensíveis e de alta qualidade ao cliente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010b, 2012c; International Confederation of Midwives (ICM), 2013).

Pelas vantagens advindas da adoção pela mulher de posições que promovem o parto normal, é essencial que EEESMO acompanhe a evolução do

conhecimento e se consciencialize da importância da sua atuação, mantendo o rigor técnico e científico na implementação das suas intervenções através da atualização contínua dos conhecimentos sobre os cuidados de saúde, nomeadamente, sobre as diferentes posições que a mulher pode adotar durante o trabalho de parto (TP), aperfeiçoando sistematicamente as suas competências (OE, 2011; APEO, 2009).

No seguimento do ciclo de estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, previsto nos termos da Lei n.º 9/2009, de 4 de março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/EC do Parlamento e do Conselho, de 7 de setembro, e que oferece ao estudante as qualificações necessárias para a obtenção do grau académico de EEESMO, surgiu o ensino clínico (EC) – estágio com relatório. Este foi sustentado não apenas pelas leis que regem a profissão de enfermeiro, como pelos regulamentos definidos pela OE, n.º 122/2011 e n.º 127/2011, ambos publicados na 2ª Série do Diário da República n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, e pelas diretrizes da ICM, que definem, respetivamente, as competências comuns do enfermeiro especialista, do EEESMO e da Parteira.

O referido EC constituiu a base para a redação do presente relatório de estágio que pretende explanar uma descrição, análise e reflexão pormenorizada das atividades e competências adquiridas e desenvolvidas durante o mesmo objetivadas no documento orientador desta unidade curricular: o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis na área da saúde materna e obstétrica, à mulher/recém-nascido (RN)/família, a vivenciar processos de saúde/doença durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal, de modo a contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, objetivando a promoção da saúde e do bem estar dos beneficiários dos seus cuidados.

Com base neste objetivo principal, e no sentido de clarificar o contributo do estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, foi definido como objetivo geral: compreender de que forma a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP tem influência na parturiente, e como objetivos específicos foram delineados: aprofundar conhecimentos sobre o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP através de uma revisão crítica da literatura; e desenvolver competências específicas do EEESMO

que promovam o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP.

Este estágio foi desenvolvido em duas unidades hospitalares distintas, da região da grande Lisboa e da região sul do país integradas no Serviço Nacional de Saúde, no período compreendido entre 3 de março e 10 de julho de 2015. Compreendeu a duração de 18 semanas, perfazendo um total de 750 horas, onde 500 horas foram de contato, 25 horas de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo.

A primeira fase do EC decorreu num serviço de bloco de partos de uma unidade pertencente a um centro hospitalar que abrange uma área de 4.997 km². De acordo com os Censos de 2011, nesta região residiam cerca de 451.006 habitantes, dos quais 11,57% eram de nacionalidade estrangeira. A segunda fase do EC realizou-se num serviço de bloco de partos de uma unidade hospitalar distrital, cuja área de influência assenta em 5 freguesias de um dos municípios do distrito. O município a que pertence a suprarreferida unidade hospitalar abrange uma área de 317,7 km² e segundo os Censos de 2011, residiam neste período, cerca de 136.886 habitantes (INE, 2012).

Ambas as unidades hospitalares encontravam-se dotadas de equipas multidisciplinares que trabalhavam em função da missão e filosofia da unidade prestadora de cuidados. No que respeita aos recursos materiais e espaço físico, embora uma das unidades hospitalares, apresentasse instalações e recursos tecnológicos mais recentes, ambas dispunham de um ambiente acolhedor, com controlo de temperatura e luminosidade, dispunham de bola de parto, e música. Numa das unidades hospitalares, foi visível a influência cultural nas exigências dos cuidados pelos cidadãos, fundamentalmente, requeridas pelas comunidades estrangeiras residentes na região. Embora a existência da atual oferta de formação de preparação para o nascimento e parentalidade, em ambos os locais, encontrou-se apenas um pequeno grupo que os frequentou sendo superior numa das unidades hospitalares. Relativamente à apresentação de um plano de parto, foi também mais visível numa das unidades hospitalares, encontrando-se na mesma, uma população mais informada e interessada num parto natural.

Para orientar a prática profissional, é fundamental a existência de um modelo conceptual de referência. Pela sua pertinência e aplicabilidade, foi alicerçada à prática de cuidados o Modelo de Adaptação de Callista Roy. A sua escolha é justificada pela necessidade de se promover a adaptação da mulher/família aos

processos inerentes à gravidez, TP e puerpério, e concretamente à temática em estudo. O modo como a mulher irá vivenciar e se adaptar a este processo depende dos vários estímulos presentes no ambiente, nomeadamente, da prestação de cuidados desenvolvida, refletindo, desta forma, vivências positivas ou negativas. Desta forma, o EEESMO assume um papel extremamente importante não apenas pelo conhecimento científico, técnico e humano que apresenta, como pelo seu contributo para que a utente possa atingir a integridade, adaptando-se às mudanças, por meio dos quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência, descritos por Roy & Andrews (2001).

Este relatório encontra-se estruturado em três capítulos principais. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico, referenciando o quadro teórico sobre a temática em estudo e conceptual de referência de enfermagem. No segundo capítulo aborda-se a metodologia que sustentou o EC e redação do relatório de estágio. O terceiro capítulo explana o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO adquiridas em contexto da prática de cuidados, centradas na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família durante os períodos pré natal, em TP, e pós natal, assim como reflexões sobre a prática e a respetiva análise, integrando as mesmas com um vasto quadro de conhecimentos teóricos. Termina com uma apreciação global onde, de uma forma sucinta, são descritos os contributos deste trabalho, revelando os principais resultados obtidos com a sua concretização, as limitações para a sua realização, assim como perspetivas de trabalho futuro.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo tem como finalidade orientar a pesquisa sobre as posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, através de uma estrutura lógica e ordenada de conceitos documentados, com vista a construir uma conceção clara e organizada do objeto em estudo. Serão apresentados conhecimentos já estabelecidos, através de um quadro teórico sobre a temática e conceptual de referência de enfermagem, que fornecem uma perspetiva do modo como se irá apresentar o tema em estudo (Fortin, Côte & Filion 2009).

1.1 – Trabalho de Parto

O nascimento é o culminar da gravidez e resulta de um processo que, uma vez acionado, é irreversível. Observando esta realidade como uma etapa normal do ciclo da vida, parece simples (Canavaro, 2006). Porém, ao analisarmos profundamente esta questão, verificamos que o TP, para além de ser um fenómeno natural e fisiológico é um fenómeno sociocultural, influenciado no tempo e no espaço por valores, crenças e contextos da prática de cuidados (Canavaro, 2006; APEO, 2009; Davudsdóttir, 2012).

Fisiologicamente, o TP consiste num conjunto de fenómenos conducentes à dilatação do colo uterino, à descida do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2010). Este processo é considerado normal quando a mulher entra em TP espontâneo, entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação, sendo identificado de baixo risco no início, permanecendo assim até ao nascimento. O feto nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice e o TP não ultrapassa 18 horas (World Health Organization (WHO), 1996; Lowdermilk & Perry, 2008). No parto normal “... a natureza segue o seu rumo, e o bebé nasce no tempo certo, adaptando-se com maior facilidade à vida extra-uterina ...” (APEO, 2009, p. 15).

De acordo com a WHO (1996), a avaliação do início do TP é um dos aspetos mais relevantes da sua condução. Um diagnóstico erróneo do seu início pode conduzir a medidas intervencionistas desnecessárias. São considerados sinais de início do TP a progressão regular de contrações uterinas, a existência de apagamento e dilatação progressivos do colo do útero, a perda de líquido amniótico e a observação de fluxo sanguinolento (Lowdermilk & Perry, 2008).

Como forma preventiva de tais medidas, é igualmente importante a correta identificação dos diferentes estádios do TP. Segundo os autores suprarreferidos o TP encontra-se dividido em 4 estádios: o 1º estágio tem início com o diagnóstico do TP e termina com o apagamento e a dilatação completa do colo do útero; o 2º estágio compreende no período entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do bebé; o 3º estágio inicia-se com expulsão do bebé e termina com a saída dos restantes produtos de concepção, ocorrendo com o seu término, o início do 4º estágio que tem uma duração de cerca de 2 horas e compreende o período de recuperação imediata, onde ocorre o restabelecimento da homeostase materna.

Para além destes aspetos, torna-se essencial reconhecer e compreender a complexidade e abrangência do TP que, de acordo com Lowdermilk & Perry (2008, p.334), é influenciado por 5 fatores, que são, "... o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas...". Outros fatores igualmente importantes e que também devem ser considerados são o local do parto, a participação da mulher/ casal na preparação para o nascimento e parentalidade, o profissional que acompanha o processo do parto e os procedimentos realizados durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008). A coordenação dos diversos fatores que afetam o TP é fundamental para o sucesso da sua progressão (Ward & Hisley, 2009).

Como foi previamente observado, do ponto de vista fisiológico, o processo de nascimento envolve vários mecanismos específicos que são determinados biologicamente, contudo, as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, resultam de uma adaptação específica, que se encontra intimamente ligada às raízes culturais, expectativas que cada mulher apresenta sobre este período e o tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado (Colman & Colman, 1994; Canavaro, 2006; OE, 2015). A experiência do parto constitui para cada a mulher um momento singular e significativo e difere grandemente em cada período de tempo, em cada cultura e em cada mulher, contribuindo para as inúmeras alterações no seu comportamento durante o TP e na assistência ao parto observadas ao longo da história (APEO, 2009; Davudsdóttir, 2012).

Segundo a OE (2010b), a mulher é definida como a entidade beneficiária dos cuidados do EEESMO, apresentando subjacente o pressuposto de que é um ser sociável, um agente intencional dos seus comportamentos, um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. A pessoa deve ser

compreendida no seu todo, considerando a sua inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual se insere e se desenvolve. Assim sendo, é da responsabilidade do EEESMO ajudar a promover a sua adaptação aos períodos pré natal, TP e pós natal, e às mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que estes acarretam, no sentido de potenciar a saúde, a detetar e a tratar de forma precoce complicações, promovendo o bem estar materno e fetal.

O EEESMO assume um papel de extrema importância no apoio e como conselheiro na área da saúde e educação, durante estes períodos, dando o seu contributo para que as utentes possam tomar decisões devidamente informadas e alcançar o seu potencial máximo de saúde, capacitando-as para o autocuidado, auto vigilância e promovendo vivências positivas dos processos fisiológicos, com uma intervenção reduzida, o acesso e a qualidade na assistência ao parto normal (APEO, 2009; OE, 2011, 2015).

Para promover o parto normal, o EEESMO deverá atuar e adequar a sua prestação de cuidados de acordo com as reais necessidades da mulher, prevenindo a utilização por rotina de medidas interventivas desnecessárias durante o TP, uma vez que estas podem alterar o seu curso fisiológico (WHO, 1996; APEO, 2009). Segundo Balaskas (1992), parece um ciclo vicioso, quanto mais cedo se começa a interferir com o processo natural do parto, mais aumentam as possibilidades de complicações e maior a necessidade de intervenção. Esta deverá apenas existir na correção de desvios da normalidade, uma vez que a grande maioria dos partos têm o potencial para serem descomplicados (Balaskas, 1992; Pinheiro & Marques, 2012).

A WHO em 1996 desenvolveu um guia prático *“Care in Normal Birth”*, que faz referência a um conjunto de práticas que incluem “... o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis...” (APEO, 2009, p.15). Entre as práticas propostas neste documento que demonstram ser úteis e devem ser estimuladas, são recomendadas: a promoção da liberdade de posições e movimento e o estímulo a posições não supinas durante o TP (WHO, 1996). Contudo, segundo a APEO (2009), o seu alcance tem sido extremamente difícil. Costumes e preconceitos que influenciam e condicionam a mudança de atitudes dos profissionais de saúde no parto, ainda persistem, constituindo um desafio. É essencial que haja uma justificação fundamentada por conhecimentos científicos

válidos que a apoie. A visibilidade da contribuição da mudança para a melhoria contínua dos cuidados é o caminho para a sua aceitação. O EEESMO, com a sua capacidade de inovação, conhecimentos e competências, apresenta as ferramentas necessárias para que a qualidade dos cuidados sejam uma realidade e para que os cuidados prestados sejam significativos. É essencial que promovam o apoio e segurança na assistência ao parto normal, baseando a prática na evidência científica disponível (OE, 2002, 2011; APEO, 2009).

1.2 – O movimento e a posição materna durante o 1º e 2º estágio do TP

Desde a antiguidade que são visíveis em representações e anotações antigas, a adoção de posições verticais em muitas variantes, e com vários métodos de suporte e a movimentação durante o TP, sendo estas descritas como preferenciais para as mulheres (Balaskas, 1992; Coopen, 2005; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007; Nogueira, 2012).

A introdução da posição supina durante o TP surgiu com os avanços da medicina obstétrica e com o início de práticas interventivas no processo normal do nascimento durante o século XVII. Esta mudança na posição de parto foi atribuída à invenção e implementação do fórceps obstétrico pelo cirurgião britânico Peter Chamberlen e à grande influência do Obstetra francês François Mauriceau, uma personalidade poderosa entre os aristocratas da época. Para Mauriceau a posição supina era associada a um maior conforto para a parturiente e para o profissional que assistia ao parto (Balaskas, 1992; Silva, et al, 2007; Mamede, Mamede & Dotto, 2007).

Com a gradual evolução da ciência e supervalorização da tecnologia e com a implementação de medidas interventivas durante o TP, a posição supina, foi-se estabelecendo como numa prática comum na assistência obstétrica. A adoção de posições supinas durante o TP foi ganhando popularidade sem o devido suporte científico. Esta era tida como uma posição que tornava as mulheres passivas e controláveis, e oferecia uma melhor visão e conforto ao profissional. Esta prática constituiu um desafio total da força da gravidade, da autonomia e da participação ativa da mulher no decurso do parto (Balaskas, 1992; Mamede, et al, 2007).

As posições de parto verticais (de joelhos, de cócoras, sentada, de pé e de quatro apoios) são, desde há muito tempo investigadas, pelo que existe evidência

suficiente para reconhecer que são as mais vantajosas para a mãe e para o bebé (Balaskas, 1992).

O TP é um processo dinâmico e interativo que envolve o útero, a bacia, os seus ligamentos e os músculos voluntários, cujo movimento e posicionamento da mulher apresenta uma interferência direta em adaptações anatómicas e fisiológicas (Lowdermilk & Perry, 2008).

No 3º trimestre da gravidez ocorrem alterações hormonais que provocam um relaxamento das articulações e ligamentos pélvicos, permitindo um aumento da mobilidade da articulação sacro ilíaca e da sínfise púbica. Tal facto permite que a mudança de posições ou movimento da mulher durante o TP provoque modificações subtis na forma e tamanho da sua pélvis (estreito superior, estreito inferior) que, quando associadas à força descendente da gravidade facilitam o ótimo posicionamento da cabeça fetal na bacia. Ocorre também um aumento do ângulo do eixo do canal de parto tornando os movimentos cardinais de descida, flexão e rotação interna mais favoráveis (Balaskas, 1992; APEO, 2009; Shilling, 2009; Simkin & Ancheta, 2011). Esta capacidade é mínima, embora muito precisa. Neste momento cada milímetro ganho irá ser facilitador do parto (Harper, 2005). A crescer a este aspeto, a força da gravidade apresenta influencia na melhoria da dinâmica uterina, promovendo contrações uterinas mais intensas, regulares, frequentes e eficientes (Balaskas, 1992; WHO, 1996; Shilling, 2009; APEO, 2009; Simkin & Ancheta, 2011). Quando a mulher assume posições verticais, a força da gravidade promove um aumento da pressão da cabeça do feto no colo do útero, induzindo uma dilatação mais rápida e eficiente (Balaskas, 1992; APEO, 2009).

Quando a mulher assume a posição de litotomia, há compressão dos grandes vasos abdominais, conduzindo a padrões anómalos da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), ou hipotensão materna. A adoção de posições não supinas, ou lateral, promove a melhoria da circulação placentária e, conseqüentemente, da oxigenação fetal e da condição de saúde do feto (Balaskas, 1992; WHO, 1996; Di Franco, 2009; APEO, 2009; Simkin & Ancheta, 2011).

O movimento e as mudanças de posicionamento frequentes, minimizam a sensação dolorosa durante as contrações e, como tal, a necessidade de analgesia (Balaskas, 1992; WHO, 1996; Harper, 2005; Shilling, 2009; APEO, 2009; Di Franco, 2009). Este acontecimento é explicado pelo facto, de que quando a mulher se encontra numa posição supina exerce pressão sobre os nervos pélvicos que sustentam a cavidade pélvica e útero. A sua compressão induz o aumento da

dor (Balaskas, 1992). A atividade da mulher durante o TP, para além de minimizar a dor, proporciona uma distração promovendo um sentimento de maior liberdade pessoal, aumentando o conforto e relaxamento entre contrações (Balaskas, 1992; WHO, 1996; Shilling, 2009). Em complemento, a deambulação e a mudança de posicionamento materno, encontram-se associadas a uma diminuição da duração do TP (1º e 2º estágio) (Balaskas, 1992; Shilling, 2009; Di Franco, 2009; APEO, 2009), da necessidade de monitorização contínua (Shilling, 2009; APEO, 2009), do número de partos instrumentados (cesariana, utilização de fórceps, ou ventosa) e de episiotomias (Di Franco, 2009; APEO, 2009).

Perante as vantagens enunciadas, se não existirem contraindicações, a adoção de posições não supinas durante o TP, bem como a liberdade de movimentos, principalmente, na sua fase inicial, deve ser incentivada. Os próprios instintos da mulher dizem-lhe como se deve mover e qual a posição mais efetiva e eficiente que deve adotar incitando um máximo de conforto, relaxamento, facilidade e controlo (Balaskas, 1992). Não existe, uma posição adequada para todas as situações. É fundamental que a mulher se sinta confortável e que alterne e adote as posições que desejar, já que nenhuma é confortável durante um longo período de tempo (WHO, 1996).

Uma vez que a liberdade de posições e movimento e o estímulo a posições não supinas durante o TP são práticas suportadas pela evidência científica e que demonstram um aumento da qualidade na prestação de cuidados, é fundamental que o EEESMO, com a sua capacidade de inovação, conhecimentos e competências, desenvolva medidas de apoio e segurança, promotoras de uma decisão autónoma, informada e da participação ativa da mulher nos seus cuidados, nomeadamente, nas posições a adotar durante o 1º e 2º estágio, encorajando e ajudando a parturiente assumir qualquer posição que escolher (OE, 2011).

1.3 – O Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy no processo de cuidar

Com a finalidade de promover as capacidades de adaptação na mulher/família, vinculadas ao processo da gravidez, TP e puerpério foi utilizado como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Adaptação de Callista Roy.

O Modelo de Adaptação apresenta como conceitos principais os metaparadigmas da disciplina da enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e

enfermagem. Segundo Roy & Andrews (2001), a pessoa (indivíduo, família, grupo, comunidade ou sociedade), recetora dos cuidados de enfermagem, é considerada como um sistema holístico adaptável. O ambiente é representado pelos estímulos internos e externos da pessoa. A saúde é caracterizada como um estado e um processo de ser e de se tornar num indivíduo completo e integrado. É um reflexo da adaptação entre a pessoa e o ambiente. Finalmente o objetivo da enfermagem consiste na promoção de respostas adaptativas nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência), contribuindo para a qualidade de vida e para a saúde.

Para os autores, a pessoa é um sistema vivo adaptável que se encontra em constante interação com os seus ambientes correspondentes aos estímulos internos, da própria pessoa e aos estímulos externos, do meio ambiente. Os estímulos correspondem às entradas no sistema e são caracterizados como focais, contextuais e residuais. A sua conjugação gera o nível de adaptação e a pessoa concebe uma resposta, que pode ser adaptável ou ineficaz.

Segundo os autores, os estímulos focais são os que confrontam a pessoa no imediato e constituem o maior grau de mudança na mesma. Os estímulos contextuais resultam de todos os outros estímulos presentes numa situação que podem contribuir para o efeito dos estímulos focais, influenciando positiva ou negativamente. Os estímulos residuais são os fatores internos e externos, cujos efeitos, numa situação, não são centrais, nem claros, apresentando um efeito indeterminado no comportamento da pessoa. Uma vez que estes influenciam uma situação e são identificados como tal, deixam de ser possíveis estímulos de influência e passam a ser estímulos contextuais ou focais.

De acordo com os autores, as respostas, correspondem à saída do sistema humano, e resultam dos estímulos de entrada e do nível de adaptação da pessoa. Este nível é significativo à medida que a pessoa processa mudanças ambientais. As respostas, podem ser internas ou externas e correspondem ao comportamento individual da pessoa. Apresentam-se sob forma de respostas adaptáveis, promovendo a integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação, ou de respostas ineficazes, contribuindo negativamente para a promoção da integridade e contribuição para os objetivos da adaptação. As respostas agem como feedback, ou como posteriores entradas no sistema, permitindo que o indivíduo aumente ou reduza esforços para lidar com os estímulos. Funcionando o sistema humano

como um todo, as “partes” estão, na sua totalidade, inter-relacionadas, e qualquer coisa que aconteça a uma terá um efeito nas outras.

Os mecanismos de resistência são caracterizados como formas inatas ou adquiridas de resposta ao ambiente em mudança, categorizando-se como subsistema regulador e cognitivo. O subsistema regulador inclui transmissores de natureza química, nervosa ou endócrina que são acionados automaticamente e fornecem uma resposta inconsciente. O subsistema cognitivo está relacionado com quatro canais cognitivo-emocionais: processamento perceptivo e da informação, aprendizagem, avaliação e emoção (Roy & Andrews, 2001).

Na manutenção da integridade da pessoa, os autores referem que, os subsistemas regulador e cognitivo são frequentemente indicados como agindo em conjunto. O nível de adaptação é influenciado pelo desenvolvimento do indivíduo e pela utilização destes mecanismos. Apesar destes subsistemas serem essenciais para a resposta adaptativa da pessoa, não são diretamente observáveis. O comportamento da pessoa é visto em relação a quatro modos adaptativos (fisiológico; autoconceito; execução de papéis e a interdependência) que fornecem uma forma particular de manifestação da atividade cognitiva e reguladora no âmbito do processo adaptável.

No seguimento, os autores revelam que o modo fisiológico representa a resposta física da pessoa aos estímulos do ambiente. Neste modo são identificadas cinco necessidades básicas: a oxigenação; a nutrição; a eliminação; a atividade e o repouso; e a proteção.

O modo autoconceito incide sobre os aspetos psicológicos e espirituais da pessoa e relaciona-se com a integridade psíquica. É composto pelo ser físico, incluindo as componentes de sensação e imagem corporais e, pelo ser pessoal que engloba as componentes de autoconsciência, o auto-ideal, moral, ético e espiritual. O autoconceito é definido como um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si mesma numa determinada altura, formado a partir, de perceções internas e perceções dos outros, o autoconceito dirige o comportamento (Roy & Andrews, 2001).

O modo de função na vida real, como os autores referem, incide sobre os papéis que o indivíduo ocupa na sociedade e o seu desempenho na preservação da integridade social, ou seja, de saber quem se é relativamente aos outros, para que se possa atuar. Os papéis podem ser primários (definem a maioria dos comportamentos obtidos pela pessoa e são definidos pelo sexo, idade, e fase de

desenvolvimento da mesma), secundários (um papel que o indivíduo assume para realizar as tarefas associadas à fase de desenvolvimento e ao papel primário) ou terciários (escolhidos livremente e podem apresentar uma natureza temporária). Associado a cada papel estão os comportamentos instrumentais e os comportamentos expressivos. Os comportamentos instrumentais são, normalmente, ações físicas, têm orientação de longo prazo e enfocam o domínio dos papéis. Os comportamentos expressivos representam sentimentos ou atitudes, são geralmente emocionais e buscam uma resposta imediata.

O modo de interdependência incide sobre as interações entre as pessoas na sociedade e identifica os padrões de valor humano, relacionadas com afeição, amor, respeito, valor e afirmação, e apresenta como necessidade básica a adequação emocional (Roy & Andrews, 2001).

A gravidez, o TP e o puerpério, constituem momentos únicos, desafiantes e inesquecíveis na vida de uma mulher/família, e implicam grandes mudanças, tensões e adaptações, no que respeita à irreversibilidade dos processos físicos e psicológicos próprios deste período. O nascimento marca, não somente o início de uma nova vida, a do RN, como também a modificação da identidade, papéis e funções da mãe e família. O processo envolve vários mecanismos específicos fisiológicos, contudo, o que nos torna seres únicos, a cultura, os valores, as crenças, as experiências anteriores, entre outros, têm influência psicológica. Sob o ponto de vista psicológico, este período é vivido de forma particular. Os processos de gravidez e de maternidade, são dinâmicos, de construção e desenvolvimento e, constituem mudanças que implicam stresse, perdas e ganhos, associadas às representações que a gravidez e parto comportam para cada mulher, como tal, requerem respostas cognitivas, emocionais e comportamentais e exigem uma adaptação específica, que se encontra ligada ao contexto sociocultural e às expectativas que a mulher apresenta sobre este período (Colman & Colman, 1994; Canavaro, 2006).

Os cuidados de enfermagem, neste contexto, são essenciais. O desconhecimento, o medo e a insegurança sentido pelos atores, potenciado pelas mudanças físicas e psicológicas que a gravidez, o TP e o puerpério comportam, podem ser minimizados através do respeito, apoio, segurança, informação e orientação promovidos pelo EEESMO.

2 – METODOLOGIA DE TRABALHO

Segundo o Art.º 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o EEESMO durante a prestação de cuidados procura em todo o ato, a excelência do exercício. De forma a alcançar a mesma, é fundamental que analise regularmente o trabalho realizado e reconheça possíveis lacunas, dúvidas e questões, que necessitem de uma mudança de atitudes e condutas (OE, 2012a, 2015). O tema do presente trabalho, fundamentou-se nos desafios encontrados na literatura. A descrição de práticas como sejam o uso da posição supina durante o TP, sabendo que a evidência científica revela inúmeras desvantagens na sua utilização, associada à resistência da mudança de atitudes dos profissionais de saúde no parto, que se mantêm condicionados pela influência de costumes organizacionais, relativamente a esta prática, constituíram uma fonte de preocupação, um desafio e uma necessidade de a desenvolver e compreender.

O EEESMO deverá procurar a manutenção de uma atualização contínua de conhecimentos sobre os cuidados de saúde aperfeiçoando sistematicamente as suas competências, sendo a prática baseada na evidência, a mais amplamente aceite (OE, 2012a, 2015). Segundo a OE (2006), esta constitui, não apenas um pré requisito para a excelência do exercício, como para a segurança dos cuidados e para otimização dos resultados de enfermagem. A utilização de evidência para justificar as ações é uma forma crítica e viável para a melhoria do desempenho do sistema de saúde (OE, 2012b).

A prática baseada na evidência é definida como um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica e que envolve: a definição de um problema, a sua averiguação através da evidência disponível e a respetiva avaliação crítica. A sua implementação em contexto da prática de cuidados e a apreciação dos resultados, deverão integrar a mais recente e a melhor evidência disponível, a competência do profissional e as necessidades e preferências do utente no contexto do cuidar (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004; Pedrolo, et al, 2009; OE, 2012b). Permite a ligação entre a teoria e a prática, pela possibilidade de reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de uma pesquisa para o desenvolvimento de uma prática clínica segura e com qualidade (Galvão, et al, 2004).

Considerando a necessidade do desenvolvimento e aquisição de competências sobre processos de tomada de decisão e intervenções de

enfermagem em padrões de conhecimento sólidos e válidos através do uso consciencioso, explícito e criterioso de informação derivada da pesquisa sobre a promoção de posições não supinas durante o TP, a concretização do EC teve por base uma prática baseada na evidência, utilizando-se como recurso fundamental, uma revisão crítica da literatura realizada segundo a metodologia da revisão sistemática da literatura, associada a uma reflexão sobre a prática que teve por base um guia orientador previamente elaborado para esse efeito (apêndice 1) (Galvão, et al, 2004; OE, 2010a). Este recurso, que será abordado de uma forma mais minuciosa no próximo capítulo, permitiu a obtenção da síntese dos resultados da pesquisa relacionada com o problema em estudo, sendo possível direcionar a prática fundamentada em conhecimento científico (Galvão, et al, 2004). Tal facto foi possível através da seguinte questão de investigação: **De que forma a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP tem influência na parturiente?**

Para além deste conhecimento, para o desenvolvimento da prática, foram também consideradas as competências H2 e H3 definidas pela OE (2010b), que determinam, respetivamente, que o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e durante o TP. A conjugação deste conhecimento possibilitou o desenvolvimento de um plano de trabalho que permitiu a ligação entre a teoria e a prática. A reflexão na e sobre a ação, constituiu um instrumento importante e facilitador da aprendizagem, possibilitando a aquisição e construção de um conhecimento aprofundado teórico e prático face à temática em estudo e a sua compreensão (Santos, 2009).

Atendendo ao facto de que toda a informação transmitida oralmente ou através da escrita é suscetível de ser submetida a uma análise de conteúdo, os dados provenientes das narrativas reflexivas foram analisados e interpretados mediante a mesma, tornando-se em resultados de investigação (Fortin, et al, 2009; Bardin, 2014). Segundo Bardin (2014, p. 44), a análise de conteúdo, consiste num “... conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens...” e será apresentada no capítulo seguinte.

3 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A competência caracteriza-se por uma súpula de saber, saber fazer e saber estar, pelo que, não bastará apenas ser detentor do conhecimento, é necessário saber como mobilizar, integrar e transferir esse conhecimento, os recursos pessoais, contextuais e habilidades para agir com pertinência num determinado contexto profissional. A competência é demonstrada através da ação. O profissional competente é representado como aquele que age com pertinência numa determinada situação e que compreende porque agiu e como agiu. Desta forma, o presente capítulo não retrata apenas uma descrição das ações e competências desenvolvidas em contexto da prática, mas um momento reflexivo que potenciou um exercício mental, contribuindo para uma melhor tomada de consciência sobre as mesmas, assim como a explicitação das razões que levaram ao seu desencadeamento. Este exercício, possibilita uma melhoria do desempenho do profissional em contextos semelhantes e, consequentemente, do seu profissionalismo (Le Boterf, 2006).

3.1 – Conhecer a evidência científica atual sobre o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP através de uma Revisão Crítica da Literatura

A revisão da literatura, constitui um recurso fundamental para a prática baseada na evidência. Consiste numa revisão aprofundada dos trabalhos científicos já publicados referentes a um tema específico e permite organizar um amplo corpo de conhecimento através de uma síntese objetiva e rigorosa, e do exame crítico do conjunto das publicações existentes, reportando a determinação dos métodos utilizados e a apreciação das relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados adquiridos e as conclusões. Desta forma, promove a atualização do conhecimento dos profissionais de saúde, explicita as diferenças entre os estudos, identifica os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática clínica, estabelece lacunas do conhecimento e identifica áreas ou aspetos da questão que carecem um estudo mais aprofundado incitando investigações futuras, contribuindo para o desenvolvimento do saber. Os estudos científicos publicados fornecem informações que permitem relacionar a questão de

pesquisa com o que já foi estudado, permitindo a incorporação da evidência na prática (Galvão, et al, 2004; Fortin, et al, 2009).

Para atingir este conhecimento, a presente revisão crítica da literatura foi desenvolvida segundo a metodologia da revisão sistemática da literatura, sendo construída a seguinte questão de investigação: **De que forma a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP tem influência na parturiente?**

O enquadramento teórico foi determinante para a aquisição de conhecimentos específicos, possibilitando a construção da questão. A pergunta foi formulada segundo The Joanna Briggs Institute (2014), tendo por base a mnemónica PICO: P (População) – Parturiente; I (Fenómeno de Interesse) – Promoção de posições não supinas; Co (contexto) – 1º e 2º estágio do TP, e desempenhou um papel orientador na pesquisa.

Para rever a melhor evidência científica, foi elaborado um protocolo de pesquisa onde se encontram definidas as palavras-chave e respetivos descritores de pesquisa validados na CINAHL Headings, a estratégia de pesquisa onde se apresentam definidos os critérios de inclusão, exclusão e horizonte temporal, e as bases de dados onde foi efetuada a pesquisa (Quadro n.º 1).

Quadro n.º 1 – Protocolo de Pesquisa

Palavras-chave e Descritores de pesquisa		Posição de Parto (Birth* Position*; Patient Position*; Position*); TP (Labor; Labor, obstetric*; Delivery, Obstetric*); EEESMO (Nurse Midwife*); Parturiente (Female).
Estratégias de Pesquisa	Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none">• Estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa e revisões sistemáticas de literatura• Estudos com “full text” disponíveis para consulta• Estudos escritos na língua portuguesa, castelhana ou inglesa
	Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none">• Duplicação de artigos• Artigos fora do âmbito da temática
	Horizonte Temporal	<ul style="list-style-type: none">• 2010 – 2015
Bases de dados eletrónicas		Plataforma Ebscohost: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews

Posteriormente, foi identificada a literatura pertinente com a pesquisa nas bases de dados incluídas na Plataforma Ebscohost: CINAHL Complete, MEDLINE Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews (EBSCOHOST, 2015, URL: <http://search.ebscohost.com/>), no intervalo de tempo entre 25 de março de 2014 e 10 de Dezembro de 2015.

Os descritores foram pesquisados individualmente, obtendo-se um total de 9,099,029 artigos. Com a finalidade de direcionar a pesquisa, foi efetuada a conjugação de todos os descritores, privilegiando os operadores booleanos AND e OR, obtendo-se um total de 821 artigos. De imediato foi aplicado o critério de horizonte temporal, com um filtro cronológico de 5 anos, entre 2010 e 2015, com o objetivo de adquirir uma evidência científica atual, reduzindo para 204 artigos. Com a aplicação do critério “*full text*”, obtiveram-se 98 artigos. Por fim foram aplicados os restantes critérios de inclusão e exclusão definidos, permitindo a obtenção de 6 artigos para análise (Apêndice 2)

Os artigos elegidos foram analisados de forma detalhada e foi extraída toda a informação relativa à influência que a promoção das posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP exerce na parturiente através da elaboração de um instrumento de análise que se encontra disponível no Apêndice 3.

Perante a questão enunciada, a posição materna adotada durante o 1º e 2º estágio do TP foi dividida em dois grupos principais, posições não supinas e posições supinas. Para compreender a sua influência na parturiente, as principais conclusões dos estudos foram agrupadas da seguinte forma: duração do TP, score de dor, tipo de parto, episiotomia, lacerações perineais, hemorragia, resultados fetais/ neonatais e outros. Os resultados seguidamente apresentados pretendem responder à questão previamente enunciada sendo, provenientes da comparação da adoção, pela parturiente, de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP com a adoção de posições supinas.

Relativamente à duração do TP, Gizzo, et al (2014) e Lawrence, et al (2013) comprovam a existência da sua redução durante o 1º estágio. No que concerne ao 2º estágio, também é verificada uma redução do mesmo por Gizzo, et al (2014), Aguilar, et al (2013) e Ganapath (2012), no entanto, Gupta, et al (2012) e Kemp, et al (2013) referem não existir diferenças estatísticas significativas.

Embora Kemp, et al, (2013) e Aguilar, et al, (2013) não demonstrem uma redução significativa referente ao score de dor evidenciado pelas parturientes, Gizzo, et al (2014), Lawrence, et al (2013) e Ganapath (2012) apresentam, não apenas a sua redução, como também uma menor solicitação de analgesia.

No que se refere ao tipo de parto, os estudos revelam evidência de uma maior probabilidade da existência de partos eutócicos, diminuindo a realização de partos instrumentados (Gizzo, et al, 2014; Lawrence, et al, 2013; Gupta, et al, 2012, Ganapath, 2012) e de cesarianas (Gizzo, et al, 2014; Lawrence, et al, 2013).

No entanto, para Kemp, et al (2013), não existem diferenças significativas referentes à redução de partos instrumentados, e para Gupta, et al (2012), não se verifica uma redução significativa da taxa de cesarianas.

A taxa de episiotomia é revelada por Gizzo, et al (2014) e Gupta, et al (2012), como reduzida, no entanto, Aguilar, et al (2013), divulga a não existência de diferenças significativas.

Segundo Kemp, et al (2013), o parto realizado em posições não supinas foi considerado como um fator de risco para lacerações de 1º grau. Para as lacerações de 2º, 3º e 4º grau não foram encontradas diferenças significativas. Os resultados evidenciados por Gupta, et al (2012), corroboram com este estudo, no que respeita às lacerações de 3º e 4º grau, no entanto, não é coerente no que concerne às lacerações de 2º grau, dado que revela a existência de um aumento das mesmas. Gizzo, et al (2014), vem confirmar um número superior de lacerações de 1º e 2º grau.

Um aumento do número de episódios hemorrágicos > 500 ml, foi considerado por Gupta, et al, (2012), no entanto, Aguilar, et al (2013) e Ganapath (2012) consideram que a perda de sangue é desprezável.

São referenciados por Lawrence, et al (2013) e Ganapath (2012) uma melhoria dos resultados fetais e neonatais. Guizzo, et al (2014) e Gupta, et al (2012) fazem referência apenas a uma diminuição de alterações cardíacas fetais anormais. Kemp, et al (2013) e Aguilar, et al (2013) não encontraram diferenças significativas nos resultados fetais e neonatais.

O estudo realizado por Guizzo, et al (2014), revela ainda um menor número de distócias e uma diminuição de posições fetais occipito posteriores persistentes no momento do parto vaginal, pela vantagem produzida na adoção de posturas maternas verticais, promovendo a rotação da cabeça fetal intraparto de uma posição occipito posterior para uma posição occipito anterior.

Para além destes, Ganapath (2012) divulga também no seu estudo, uma contractilidade uterina mais eficiente, reduzindo a necessidade de administração de perfusão de oxitocina. É igualmente referenciado um maior conforto, satisfação e perceção de segurança materna e da participação ativa da mesma durante os esforços expulsivos.

Os artigos analisados revelaram que a adoção, pela parturiente, de posições não supinas pode influenciar positivamente o TP, corroborando com a contextualização teórica inicialmente realizada, no entanto, é sugerido a realização

de mais estudos, uma vez que existem certos factos, que após a análise, não são conclusivos e outros que não passíveis de comparação.

Em todos os estudos houve um resultado comum: os autores acreditam ser possível a participação ativa da mulher no decurso do parto, sendo informada dos riscos e benefícios de cada posição, encorajada e apoiada para adquirir a posição que escolher, possibilitando-lhe adquirir um maior controlo sobre o seu corpo. As mulheres, na ausência de complicações materno-fetais, não devem ter a sua opção de liberdade de movimentos restrita, a não ser se clinicamente indicado e devem evitar a adoção de posições supinas por longos períodos pelas consequências negativas que apresentam.

A presente análise explana a importância da promoção de posições não supinas durante o TP, pela sua influência positiva na parturiente, no feto e neonato. O EEESMO, sendo o principal cuidador, neste contexto, tem o dever de adequar o conhecimento que visa a melhoria da qualidade dos cuidados e resultados em saúde. Demonstrando-se este comportamento benéfico para a população a que presta cuidados, deverá valorizar e incentivar a sua concretização. No entanto, não existindo verdades absolutas, é fundamental que o EEESMO continue a refletir sobre as suas ações e a investigar de forma a contribuir para a evolução dos cuidados e do conhecimento.

3.2 - Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados sustentados pela responsabilidade profissional, ética e legal

“... os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações ...” (Nunes, 2013, p. 6).

Segundo a alínea a) do Art.º 79.º do CDE, o EEESMO, no seu exercício profissional, deverá salvaguardar e adotar uma conduta segura e ética que respeite as normas deontológicas assim como as leis que regem a profissão (OE, 2012a). Assim, durante o EC desenvolveu-se, dentro da área de atuação do EEESMO, as competências gerais do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal evidenciadas no Art.º 5.º da OE (2010a).

A prática profissional enquanto enfermeira e futura EEESMO, foi orientada pelos princípios gerais descritos no n.º 1 e n.º 3 do Art.º 78.º do CDE, através da

preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e dos princípios orientadores da atividade profissional atuando com responsabilidade, com respeito pelos direitos humanos e na excelência do exercício profissional. A estes foram associados os seis princípios éticos emanados pelo International Council of Nurses: princípio da beneficência, da maleficência, da fidelidade, da justiça, da veracidade e da confidencialidade (Nunes, 2013; OE, 2012a).

No decorrer do EC, assim como na redação do presente relatório, procurou-se defender o respeito pela privacidade e o sigilo profissional nos termos do Art.º 85.º, mantendo um padrão de conduta profissional que dignificasse a profissão e a prestação enquanto estudante EEESMO ao abrigo da alinha a) do Art.º 90.º do CDE (OE, 2012a). Atendendo a estes valores, todo o conteúdo apresentado no atual relatório de estágio, pretende somente divulgar o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto estudante, mantendo o anonimato das instituições onde o EC foi realizado, dos orientadores de estágio que acompanharam este percurso e dos utentes a que se prestaram cuidados.

Com o objetivo de cumprir com os deveres profissionais para com os utentes, em cada contacto inicial, promoveu-se a identificação da estudante, assim como a instituição a que pertence nos termos da alinha c) do Art.º 83.º do CDE, respeitando a possibilidade destes não desejarem uma prestação de cuidados realizada pela mesma e oferecendo uma opção de escolha, o que nunca sucedeu (OE, 2012a). Os utentes com quem a estudante contactou aceitaram bem a sua condição académica.

Durante o percurso realizado pretendeu-se promover cuidados de excelência, ao abrigo da alinha c) do Art.º 78.º e do Art.º 88.º do CDE. O seu alcance fundamentou-se na promoção da qualidade dos cuidados prestados e na manutenção da atualização contínua do saber sobre as questões e dúvidas que foram surgindo no dia-a-dia, assim como da análise sobre o trabalho realizado proveniente de reflexões sobre a prática, por meio da pesquisa bibliográfica e da informação facultada pelos EEESMO orientadores, levando a mudanças de comportamentos (OE, 2012a).

Como foi previamente referido, o EC decorreu em duas unidades hospitalares, com protocolos, procedimentos, normas, e regras institucionais diferentes. Esta situação significou um esforço suplementar na integração e adaptação da estudante nas equipas de saúde, motivando desde logo uma preocupação em aprofundar conhecimentos, através da consulta de documentos

oficiais e da indagação sobre os mesmos aos profissionais dos diferentes locais. Para além de facilitar a integração e o desempenho face às regras institucionais, permitiu também responder de forma adequada a situações específicas da prestação de cuidados, como por exemplo: a abordagem à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, com seroconversão positiva, para administração de perfusão de oxitocina, entre outros; e às exigências de informação e orientação fomentadas pelos utentes no que se refere à estrutura e dinâmica dos serviços e percursos destinados aos mesmos.

Nos serviços onde foi desenvolvido o EC, o acolhimento à estudante foi realizado por equipas muito diferentes, mas com algo em comum: a preocupação com a manutenção de uma atualização contínua de conhecimentos e a motivação, dinamismo e empenho na prestação de cuidados de qualidade, privilegiando uma relação de respeito e confiança com os elementos da própria equipa, e com os utentes. Este facto influenciou, inevitavelmente, e de forma muito positiva, a integração e desenvolvimento pessoal e profissional da estudante. As situações vivenciadas constituíram grandes momentos de aprendizagem, tanto através da experiência em si, como dos conhecimentos obtidos por meio da experiência dos profissionais com quem a estudante contactou, da indagação e reflexão potenciada pelas mesmas e da pesquisa efetuada de forma à obtenção de conhecimento científico atual que fundamentasse as ações.

Encontrando-se numa fase inicial neste contexto tão específico e delicado da prática de cuidados, que é a área da saúde materna e obstetrícia, o conhecimento da estudante no início do EC foi guiado, fundamentalmente, pelo saber teórico construído ao longo desta jornada e pelo apoio prestado pelos profissionais que a acompanharam. Como Benner (2001) defende, a teoria faculta o que pode ser esclarecido e formalizado, contudo, a prática não é estanque, ostenta muito mais realidades do que as que se podem apresentar pela teoria constituindo, desta forma, uma complexidade superior. Para se desenvolver a perícia é necessária a existência de experiência. Este conhecimento próprio vai definindo o indivíduo enquanto profissional. O saber teórico foi essencial para fundamentar as ações, mas o desenvolvimento das ações permitiu melhorar significativamente o julgamento e a tomada de decisão perante uma determinada situação, e o conhecimento prático, promovendo o saber fazer e saber estar.

Muitas das técnicas que foram desenvolvidas no início do estágio, como por exemplo: a avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em

relação ao feto durante o TP; a realização da técnica de amniotomia; a aplicação das técnicas para a execução do parto eutócico; a realização da técnica de episiotomia, ou da reparação do períneo, embora se apresentassem devidamente fundamentadas teoricamente, constituíram momentos pessoais de grande tensão, potenciando uma variedade múltipla e ambivalente de sentimentos. Concretamente, nas primeiras vezes em que foram desenvolvidas técnicas como, as anteriormente, exemplificadas, surgiram medos, receios e dúvidas que levaram a estudante, por vezes, a ostentar um comportamento hesitante. O acompanhamento e apoio dos profissionais foi fundamental durante este percurso. A cumplicidade desenvolvida desde o início, proporcionou segurança à estudante e a forma sigilosa como as imperfeições das suas técnicas foram corrigidas junto dos utentes, contribuíram positivamente para a construção das suas aprendizagens e da sua relação com os utentes, promovendo a satisfação destes relativamente aos cuidados.

A aprendizagem e melhoramento de competências científicas e técnicas foi fundamental neste percurso, contudo, na área da enfermagem, o seu desenvolvimento em exclusivo não é o suficiente. Segundo a OE (2012a), o enfermeiro durante a prestação de cuidados assume o dever de utilizar de forma competente as tecnologias, não descurando a formação permanente e aprofundada das ciências humanas. Desta forma, o desenvolvimento de competências humanas é imprescindível, pois como Watson (2002) revela, os cuidados de saúde para serem completos têm que se centrar não apenas no “fazer” mas também nas questões do “ser”.

Para prestar um cuidado humanizado, para além das habilidades técnicas, é necessário que o EEESMO promova, durante a prestação de cuidados, nos termos da alínea b) do Art.º 82.º e do Art.º 89.º do CDE, a obtenção de uma visão holística de cada mulher conhecendo, compreendendo e respeitando todos os fatores envolvidos no processo, nomeadamente, fatores físicos, humanos, políticos, sociais, económicos, culturais e organizacionais, e a criação de condições ambientais propícias ao desenvolvimento do potencial da pessoa, algo que a estudante procurou desenvolver durante o EC (OE, 2010b, 2012a).

Segundo Andrews & Roy (2001), o ambiente é caracterizado como os estímulos internos e externos da pessoa e a sua combinação estimula a criação de respostas adaptáveis ou ineficazes. O EEESMO deverá ter presente que estes estímulos resultam de todas as condições, circunstâncias e influências que

rodeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa, como por exemplo: os processos inerentes aos períodos pré natal, TP e pós natal e ao ambiente hospitalar, sob a forma de estímulos focais; a cultura, a família, o estágio de desenvolvimento da pessoa, como a idade o sexo entre outros, a integridade e modos adaptáveis, assumindo o pressuposto de que a falta de integridade numa área do funcionamento da pessoa atuaria como um estímulo que iria afetar o seu comportamento em outra área, a eficácia cognitiva, como a percepção, o conhecimento e qualidades relativas aos períodos pré natal, TP e pós natal, e as considerações ambientais como as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo EEESMO, sob a forma de estímulos contextuais; e os estímulos residuais. A variação dos estímulos é única para cada pessoa, uma vez que o significado de qualquer um destes, assim como o nível de adaptação está em constante mudança (Roy & Andrews, 2001).

Perante o exposto, é compreensível que a experiência do parto, sendo influenciada por todos os estímulos internos e externos da mulher, constitui um momento singular e significativo na sua vida. A atuação e interação do EEESMO perante a utente, estabelecida pela comunicação e apoio prestado, é crucial e determinante para o desenvolvimento de uma relação terapêutica e na contribuição de vivências positivas, observadas através de respostas adaptativas induzindo à integridade da pessoa, ou negativas observadas através de respostas ineficazes, nesta experiência (Andrews & Roy, 2001; Lopes, et al, 2009). Este processo tem início com o acolhimento da mulher na instituição hospitalar. Neste primeiro contacto, para além do conhecimento e compreensão da mulher, é essencial a criação de condições ambientais acolhedoras, devendo ser mantidas durante todo o acompanhamento/ internamento garantindo o respeito pela privacidade e a intimidade segundo o Art.º 86.º do CDE, pela confidencialidade, conforto e segurança, minimizando a tensão emocional própria deste período (OE, 2012a, 2015).

A forma como comunicamos constitui o motor que condicionará o desenvolvimento de toda a relação, quer positiva ou negativamente. A comunicação é um processo extremamente complexo, não consiste apenas em transmitir informação, mas numa troca recíproca de comportamentos verbais e não verbais, realizada de forma consciente ou inconsciente, que suscitam novos comportamentos (Phaneuf, 2005). Desta forma, a atuação do profissional deverá ser estabelecida pelos princípios éticos, uma vez que a sua influência pode

condicionar a resposta do utente. Sempre que interagimos estamos a comunicar e a nossa interação com a pessoa, se não for bem ponderada e controlada pode comprometer a relação. A pessoa nunca age de forma isolada, influencia é influenciada pelo meio ambiente (Andrews & Roy, 2001; Phaneuf, 2005).

A existência de uma prestação de cuidados que privilegie a relação é fundamental, uma vez que esta é o veículo de toda a intervenção. A qualidade do contacto é essencial pois permite a compreensão da pessoa cuidada, das suas dificuldades, expectativas e potencial (Phaneuf, 2005). O EEESMO, desde o primeiro contacto deverá desenvolver uma relação isenta de julgamentos, ou discriminação, ao abrigo da alinha a) e e) do Art.º 81.º do CDE, congruente, de aceitação e compreensão empática, que proporcione o ambiente ideal e favorecedor de uma parceria de cuidados promotora da capacitação da mulher/casal para uma posterior tomada de decisão consciente, responsável e devidamente esclarecida (OE, 2012a, 2015; Fontgalland & Moreira, 2012).

Pela importância do envolvimento de uma pessoa significativa, em ambos os serviços, foi determinado com a mulher a escolha do acompanhante, estando este sempre presente, desde que as condições se apresentassem favoráveis e, envolvido no processo de cuidados ao abrigo da Lei n.º 33/2009, de 14 de julho e da Lei n.º 14/85, de 6 de julho, que assegura, respetivamente, o direito do acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde e o acompanhamento da mulher grávida durante o TP.

Quando a mulher se encontra num contexto hospitalar, pode sentir-se vulnerável, experienciando uma série de sentimentos e emoções negativos. A presença de alguém significativo que promova suporte e apoio aumenta o sentimento de segurança e conforto sendo tranquilizador para a mulher (OE, 2015). O acompanhante deverá ser alguém com o qual a mulher apresente vínculo para a apoiar durante todo este período. Durante o TP, o pai do RN pode ser considerado, pela mulher, como o acompanhante ideal, devido a fatores como a formação do vínculo paterno e a representação de laços de família, pois ao acompanhá-la, estará a afirmar a paternidade e valorizando o seu papel (Perdomini & Bonilha, 2011). O envolvimento afetivo e emocional do pai constitui um apoio psicológico fundamental para a mulher que, por um lado vem fortalecer a vida do casal, por outro, ajudar no desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel assim como no estabelecimento do processo de vinculação da tríade, permitindo a sua integridade social, no modo função na vida real e adequação

afetiva no modo interdependência (Andrews & Roy, 2001; Garcês, 2011). A presença do pai no TP possibilita ao mesmo aconselhar a mulher, promover medidas de conforto físico e emocional e outras medidas de apoio (Garcês, 2011).

Antes da realização de qualquer intervenção de enfermagem foi promovido o consentimento informado, escrito ou verbal, segundo o Art.º 84.º do CDE, validando a compreensão da grávida/acompanhante e a tomada de decisão autónoma respeitando a sua vontade. No momento da admissão da mulher, constituiu também uma preocupação confirmar a entrega dos documentos relativos ao consentimento informado do internamento facultados pelo obstetra e outros de origem institucional. Como é apresentado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009), o consentimento informado retrata uma demonstração de respeito pelo utente enquanto ser humano. Deverá ser considerado como um processo contínuo, que envolve a promoção da participação ativa do utente nas tomadas de decisão conducentes à manutenção da sua saúde, assentes nos pressupostos de autorresponsabilização e de liberdade de escolha.

Durante o EC, desenvolveu-se uma prestação de cuidados, nos termos do Art.º 91.º do CDE, através da promoção de cuidados responsáveis, dentro da área de competências e atuação do EEESMO, reconhecendo a especificidade de cada elemento da equipa multidisciplinar, trabalhando em articulação e complementaridade com os mesmos. Ao integrar a equipa de saúde foi possível cooperar na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços. Sempre que surgiram situações que ultrapassavam as competências e área de atuação do EEESMO, como por exemplo: alterações do desvio ao padrão normal de evolução do TP ou de alterações do bem estar materno fetal, foram referenciadas para outro profissional especializado para responder adequadamente ao problema, ao abrigo da alínea b) do Art.º 83º do CDE (OE, 2012a).

Pela sua importância e, de acordo com a alínea d) do Art.º 83.º do CDE, para assegurar a continuidade dos cuidados, foi promovida a realização/ atualização da colheita de dados da utente e da planificação dos cuidados de enfermagem e realização dos respetivos registos de forma fiel às observações e intervenções realizadas (OE, 2012a).

O acompanhamento da mulher durante os períodos pré natal, pós natal e, fundamentalmente, durante o TP, é de grande complexidade, constituindo-se num desafio pessoal, científico, e ético. A defesa e a promoção do CDE, princípios

éticos e leis que regem a profissão, constituem os pilares do parto humanizado, devendo por isso, fazer parte do quotidiano da prática profissional do EEESMO.

3.3 - Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica durante o Ensino Clínico – Estágio com Relatório

Durante o EC contactou-se com mulheres e conviventes significativos nas diferentes fases da gravidez e nos quatro estádios do TP. Houve a oportunidade de identificar a mulher grávida em verdadeiro e falso TP, de proceder ao acolhimento na instituição e acompanhar a mulher grávida em TP, para indução do parto, ou com patologia, para vigilância do bem estar materno-fetal. Foi possível a identificação, monitorização, acompanhamento e cooperação com outros profissionais de saúde na prestação de cuidados a mulheres com gravidezes de baixo risco e mulheres com patologia associada à gravidez e/ou concomitante, sendo as mais frequentes a diabetes gestacional a hipertensão arterial prévia ou induzida pela gravidez e a pré eclâmpsia, promovendo as intervenções necessárias e adequadas, referenciando as situações que estavam além da área de atuação do EEESMO. A aquisição e o melhoramento de competências foram potenciadas pelas oportunidades de aprendizagem que foram surgindo, sendo que, o seu desenvolvimento foi permitido, não apenas, no serviço de bloco de partos, como no serviço de urgência obstétrica e ginecológica das instituições onde o estágio decorreu.

No atendimento da mulher grávida, em ambos os contextos, a estudante cooperou com outros profissionais, nomeadamente, o médico obstetra na realização de intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco quando estavam envolvidos processos patológicos e desenvolveu intervenções autónomas do EEESMO em situações de baixo risco, onde os processos fisiológicos decorriam naturalmente (OE, 2010b).

Durante a prestação de cuidados pretendeu-se desenvolver competências sustentadas por um modelo de assistência que privilegia o “*cuidado centrado na mulher*” (OE, 2015). Ao desenvolver continuamente uma parceira de cuidados com a mulher/casal, colocando-a no centro dos cuidados, o EEESMO irá obter mais facilmente uma visão holística da pessoa cuidada, compreender todos fatores que se encontram envolvidos no processo, avaliar o comportamento da pessoa nos quatro modos adaptativos e adequar as suas intervenções às reais necessidades

encontradas, capacitando a pessoa no processo de tomada de decisão informada e esclarecida (Andrews & Roy, 2001; OE, 2015). Esta parceria de cuidados permite o conhecimento do comportamento observável e não observável da pessoa, sendo este último transmitido pela própria, e os estímulos focais, contextuais e residuais que influenciam o comportamento, permitindo ao EEESMO, a obtenção de uma avaliação mais correta da forma como a pessoa lida com, ou se adapta às mudanças no estado de saúde, formular diagnósticos de enfermagem e estabelecer objetivos e intervenções de enfermagem (Andrews & Roy, 2001). O EEESMO “... através da avaliação de comportamentos tanto adaptáveis como ineficazes, (...) tem uma base para estabelecer as preocupações prioritárias...” que podem contribuir nas tentativas da promoção da adaptação da pessoa à situação particular de saúde apresentada relativamente aos quatro modos adaptativos (Andrews & Roy, 2001, p. 47).

Desta forma, procurou-se promover uma assistência personalizada e holística à mulher e de favorecer um ambiente calmo, propício ao crescimento das suas potencialidades e redutor da ansiedade provocada pela situação em si, e a sua adaptação à situação peculiar. Em cada contacto, através da entrevista da utente/ acompanhante, constituiu um objetivo conhecer por meio da anamnese a sua singularidade, identificar necessidades e problemas, registando toda a informação pertinente. Para a sua concretização, desenvolveu-se uma relação terapêutica com as utentes, aplicando os princípios da comunicação de modo a que estes exteriorizassem a sua história, desejos, expectativas, a sua dimensão sociocultural, recursos disponíveis e necessidades de cuidados e de aprendizagem. Esta informação foi complementada com os dados transmitidos pela equipa multidisciplinar, pela observação do estado geral, físico, obstétrico e do comportamento da mulher, dos dados disponíveis no boletim individual da grávida, em outros documentos de saúde apresentados ou pela informação disponível em suporte informático da instituição (Andrews & Roy, 2001; OE, 2015)

Concretamente no serviço de urgência obstétrica e ginecológica, a observação física e obstétrica foi realizada de acordo com a idade gestacional e adequada a cada situação particular. De uma forma geral, foi realizado o exame vaginal e procedeu-se a uma monitorização e avaliação do bem estar materno e fetal através dos meios apropriados, nomeadamente: a avaliação materna de sinais vitais, do estado nutricional e emocional da grávida, da presença de edemas, da altura do fundo uterino, a confirmação de movimentos fetais pela

grávida e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, registando e comparando com o registo de observações anteriores. Foram também realizadas Manobras de Leopold para identificar a apresentação, a posição e atitude fetal, o seu grau de descida na pélvis e a localização esperada do ponto máximo da intensidade da FCF, a identificação do risco gravídico através da Escala de Goodwin, a colheita de análises clínicas e a realização de cardiotocografia (CTG), interpretando resultados e atuando em conformidade com os mesmos.

O conhecimento global da utente permitiu a formulação de diagnósticos de enfermagem, elaborar em parceria com a utente/acompanhante planos de cuidados de enfermagem adequados, implementar as intervenções apropriadas, posteriormente, proceder à sua avaliação e, se necessário, a uma reformulação face a novas necessidades/diagnósticos identificados, com a finalidade de promover a integridade e a totalidade da pessoa em termos de objetivos do sistema humano (Andrews & Roy 2001; OE, 2015). De modo a assegurar a continuidade dos cuidados, a informação inerente ao processo de enfermagem foi fielmente registada através do programa informático vigente em cada serviço, cumprindo com o regulamento profissional descrito pela OE (2011, 2012a).

Segundo Andrews & Roy (2001, p.52) "... a falta de conhecimento é um estímulo que afeta o nível de adaptação." Desta forma, o EEESMO apresenta um importante papel na educação da mulher na promoção da sua saúde, potenciando a adaptação desta à situação particular apresentada, na prevenção de complicações nos períodos pré natal, em TP e pós parto. Segundo Graça (2010), a desmistificação de ideias preconcebidas e de receios ou dúvidas apresentadas pela utente/ acompanhante assume grande relevância sendo, fundamental, a promoção de um investimento na educação para a saúde, em todos estes períodos, que seja direcionada para as necessidades de informação e orientação detetadas. Assim, perante a informação recolhida e de acordo com a situação de cuidados exposta e idade gestacional, foram aproveitadas e/ou concebidas oportunidades promotoras de hábitos e estilos de vida saudáveis, do autocuidado, autocontrolo e mestria, tendo em conta as alterações anatómicas, fisiológicas e psicológicas próprias destes períodos, através da informação e orientação promovendo a sua capacitação face às tomadas de decisão inerentes aos mesmos, validando, posteriormente, os seus conhecimentos (OE, 2011, 2015).

Foi também uma preocupação promover uma informação e orientação e/ou esclarecimento de dúvidas relativamente aos cuidados de enfermagem

necessários para a situação particular apresentada, referentes às normas institucionais e sobre os recursos disponíveis na comunidade promotores de apoio durante este processo, garantindo, assim, a continuidade dos cuidados. Pelo facto de apresentar poucos conhecimentos relativamente aos recursos comunitários nas regiões onde desenvolvi o EC, constituiu uma preocupação, desde o início, em assimilar esse conhecimento junto dos profissionais de forma a responder eficazmente aos utentes. Quando os pedidos de informação/ esclarecimentos de dúvidas incitados pelos utentes, ou situações de cuidados ultrapassavam os conhecimentos ou competências da estudante, esta procurava junto dos profissionais ou orientava o utente para outro profissional mais qualificado para responder de forma adequada (OE, 2012a, 2012c).

No acolhimento da grávida na sala de parto foram registados e, posteriormente, transmitidos à equipa multidisciplinar, toda a informação resultante da entrevista, avaliação e observação geral inicial. Neste momento, tal como durante toda a prestação de cuidados, foi promovido um ambiente calmo, privado, com luminosidade e temperatura adequadas às necessidades da mulher/acompanhante. Foi também promovida a compreensão das suas preferências e expectativas relativamente ao parto, quer esta apresentasse por escrito, ou não, um plano de parto e, em parceria com os EEESMO orientadores e equipa multidisciplinar, foram negociadas as estratégias que garantissem a sua efetivação, assegurando primeiramente a segurança, dignidade e integridade humana. Quando algum desejo formalizado entrava em conflito com o bem estar materno-fetal, o problema era debatido com as utentes, sendo transmitida toda a informação necessária sobre o mesmo e sobre as estratégias que poderiam ser utilizadas para o ultrapassar. De acordo com Leitão (2010), a dimensão ética da autonomia da mulher em TP é extremamente complexa e própria, uma vez que estamos perante duas vidas, a da própria mulher e a do feto que, embora não apresente personalidade jurídica até ao nascimento, apresenta em si mesmo uma dignidade ética particular. No respeito do direito à vida e à qualidade de vida, como é enfatizado no Art.º 82º do CDE descrito pela OE (2012a), é dever do enfermeiro promover a igualdade de valor à vida de qualquer pessoa durante todo o ciclo vital, protegendo e defendendo a vida em todas as circunstâncias. Desta forma, tanto a vida da mulher como a do feto são prioridades do EEESMO. As questões abordadas e tomadas de decisão foram devidamente registadas no processo clínico da utente.

A mulher grávida quando é internada, pelo desconhecimento e imprevisibilidade da situação, apresenta com frequência uma sensação de perda de controlo sobre a mesma, não conseguindo conjeturar os acontecimentos vindouros. A presença de tais estímulos, potencia na mulher uma resposta ineficaz, contribuindo de forma negativa para a integridade e para os objetivos de adaptação, com a manifestação de sentimentos, medos e preocupações que diminuem grandemente a sua capacidade de tomada de decisão relativamente às intervenções a serem realizadas durante o TP, que envolvem o seu próprio corpo e do seu filho (Andrews & Roy, 2001; Leitão, 2010). Segundo Andrews & Roy (2001, p.44), "... sob circunstâncias normais, a maior parte das pessoas lida efectivamente com as mudanças que ocorrem nos seus ambientes externos e internos (...) podem existir alturas (...) em que existe stress nas capacidades de resistência da pessoa...". Durante o EC foram observados estes sentimentos, fundamentalmente, no momento do acolhimento. Era visível em algumas mulheres a tensão, a ansiedade e medo do desconhecido que transportavam, através do seu comportamento observável pela postura, gestos e expressão facial. Por vezes esses sentimentos eram revelados verbalmente pelas utentes, mencionando o medo da dor, do parto e pelo desconhecimento da progressão dos acontecimentos. O EEESMO ao detetar um comportamento ineficaz, deverá providenciar mudanças ambientais (estímulos) que pressionem os mecanismos de resistência da pessoa de forma a responder, posteriormente, com um comportamento adaptável, fomentando a integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação, como a autoconfiança, autorrealização e satisfação relativamente à situação apresentada (Andrews & Roy, 2001). Foi notório a redução das respostas ineficazes referidas, com o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a mulher/acompanhante, com a promoção de condições ambientais acolhedoras e da sua capacitação para a autonomia durante o TP através de informoterapia sobre aspetos relacionados com os quatro estádios do TP e outros que a utente manifestasse necessidade, promovendo a sua proatividade, encorajando-a, apoiando-a e elogiando-a durante todo o processo.

Segundo Leitão (2010), os profissionais de saúde e principalmente os EEESMO, pela sua centralidade na ação, assumem grande responsabilidade na prestação de informação, orientação e negociação, capacitando a mulher/acompanhante para uma tomada de decisão adequada às necessidades apresentadas e na contribuição de um ambiente seguro durante todo o TP. O seu

papel não é o de impor à mulher/acompanhante uma decisão, mas promover a sua autonomia, ou seja, torná-la num membro efetivo no enquadramento da equipa de saúde, transmitindo a informação correta e necessária, fomentando na mesma os conhecimentos que lhe permitam a obtenção de um grau de competência que lhe possibilite tomar as principais decisões relacionadas com o seu TP. O objetivo consiste em coordenar esforços que visem responder da melhor forma possível às solicitações colocadas.

A aprendizagem e o desenvolvimento progressivo de uma gestão de cuidados especializados durante os quatro estádios do TP, foi fundamental, não somente, para uma melhor e maior compreensão de todo o processo, como para a aquisição e melhoramento de competências adequadas visando a adaptação da utente nos quatro modos adaptativos e a otimização da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do EC promoveu-se a vigilância e monitorização, e foram prestados cuidados no 1º estágio do TP a 77 parturientes. Segundo a OE (2015), devido à sua interferência direta nos resultados maternos e neonatais, a avaliação da progressão do TP e a sua condução são essenciais. É fundamental que o EEESMO seja detentor de conhecimentos sobre os mesmos, sobre as adaptações anatómica e fisiológicas maternas, assim como as adaptações fetais durante o TP, de modo a reconhecer as variações baseadas no próprio nível de adaptação da pessoa e dos comportamentos que indicam problemas com o funcionamento fisiológico (Andrews & Roy, 2001, Lowdermilk & Perry, 2008). Desta forma, foram promovidas intervenções de enfermagem especializadas que fossem ao encontro de uma correta avaliação da progressão e condução do TP, registando toda a informação pertinente de forma correta e adequada no processo de enfermagem de cada utente, assim como no partograma.

O partograma constitui uma ferramenta de extrema importância no TP. Para além de ser um documento de registo, é um instrumento de comunicação entre profissionais, facilitando o conhecimento imediato da evolução do TP, diagnóstico precoce de possíveis alterações do seu processo normal e a promoção de uma tomada de decisão apropriada, prevenindo intervenções desnecessárias (Vasconcelos, et al, 2013; OE, 2015).

A representação gráfica do TP, presente no partograma, permite analisar de forma simples e rápida a evolução da dilatação cervical, obtida pela observação das características do colo uterino e o grau de insinuação da apresentação no

canal de parto em relação ao tempo (Rocha, Oliveira, Schneck, Riesco & Costa 2009). Para a obtenção destes dados foi realizado o exame vaginal, no entanto, por este se tratar de um procedimento invasivo, com risco potencial de infeção, gerador de stresse e de desconforto para a mulher, foi executado, somente quando necessário, mediante as queixas, comportamento e consentimento da mulher (Lowdermilk & Perry, 2008). As inúmeras oportunidades facultadas durante o EC na concretização desta técnica, permitiram uma melhor compreensão da anatomia do canal de parto e das suas transformações durante o TP. Inicialmente foram sentidas algumas dificuldades na realização desta avaliação, fundamentalmente, na apreciação da posição do colo uterino quando este se apresentava muito posterior e na observação do plano da apresentação, que foram facilmente ultrapassadas com a ajuda do EEESMO orientador. Outras das dificuldades apresentadas, assentaram na observação da variedade fetal e da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto que, embora tivessem melhorado significativamente, pela sua complexidade, necessitam de maior aperfeiçoamento.

Para além destes, outros dados foram registados no partograma permitindo a vigilância e a avaliação materna e fetal, nomeadamente, os sinais vitais maternos, os fármacos e os fluídos administrados, a eliminação vesical, a FCF e dinâmica uterina (Rocha, et al, 2009; Vasconcelos, et al, 2013). Estes dois últimos dados foram adquiridos com a monitorização cardiotocográfica, que além destes, fornece também o registo dos movimentos fetais contribuindo, assim, para a avaliação do bem estar fetal. De acordo com Graça (2010, p.269), permite "... a avaliação da capacidade de transferência de oxigénio da unidade feto-placentária...". Embora este registo faculte informação que permita determinar a existência do bem estar fetal, sugerir a probabilidade da existência de deterioração da oxigenação fetal (stresse fetal) ou de uma grave deterioração do estado fetal (sofrimento fetal), exige uma preparação teórica e uma prática de leitura e interpretação dos traçados avançadas. A interpretação da CTG é complexa. Requer um conhecimento aprofundado e compreensão pormenorizada da fisiologia e fisiopatologia do feto e das suas respostas em correspondência com as diversas circunstâncias (tempo de gestação, modificações causadas pelos ajustamentos cardiovasculares, por patologia materna ou patologia fetal intrínseca, efeitos provocados por fármacos, entre outros) e um treino contínuo na observação dos traçados e da sua relação com o estado do feto de modo a detetar precocemente

potenciais problemas e resolver ou diminuir os problemas identificados no bem estar fetal (Graça, 2010; MCEESMO, 2011).

A complexidade da interpretação da CTG constituiu um desafio. A aprendizagem facultada pela pesquisa efetuada foi imensa, preenchendo lacunas de conhecimento, no entanto, a indagação e diálogo sobre leitura e interpretação dos traçados com os EEESMO orientadores, transmitindo a sua experiência, contribuíram grandemente para a sua compreensão. O desenvolvimento deste conhecimento foi enorme, no entanto, é algo que requer continuidade e aperfeiçoamento de forma minorar os erros de interpretação, uma vez que a observação de alguns padrões CTG por profissionais menos preparados ou mais precipitados, está associado ao aumento exagerado da taxa de cesarianas e de partos instrumentados (Graça, 2010). Na observação e interpretação de registos CTG, foram identificadas por vezes alterações do padrão normal, como taquicardia fetal, desacelerações precoces e tardias, e bradicardia fetal, sendo implementadas intervenções do EEESMO adequadas de acordo com a causa subjacente à sua alteração e atuar em conformidade a mesma, referenciando as situações que ultrapassavam a área de atuação do EEESMO.

De forma a desenvolver cuidados personalizados, todos os procedimentos clínicos e invasivos, como a administração de fluídos e/ou fármacos, a tricotomia, os exames vaginais, a amniotomia, ou a monitorização fetal contínua, foram realizados mediante uma indicação seletiva e não rotineira (OE, 2015).

Pela importância e influência que os estímulos como a dor, a ansiedade, o medo e o stresse próprios deste processo apresentam nas respostas internas e externas na progressão do TP, na parturiente e no feto, devido à produção de alterações na homeostasia materna, procurou-se durante o acompanhamento da mulher, desenvolver intervenções de enfermagem que os minimizassem. Na tentativa de promover o seu conforto e bem estar, para além das intervenções de apoio informativo, psicológico e emocional já mencionadas, procurou-se promover o apoio físico visando responder eficazmente às necessidades por esta apresentadas (Andrews & Roy, 2001; Graça, 2010).

Atendendo que a dor é sentida por uma grande percentagem de mulheres ao longo da progressão do parto de evolução normal, constituindo-se num fenómeno complexo, subjetivo, desagradável e particular, com componentes sensoriais e emocionais, a promoção do seu alívio, deve constituir-se como prioritária nos cuidados do EEESMO (Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008). A experiência da

dor durante o TP tem uma influência diversificada, constituindo-se como resultado da junção de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais (Andrews & Roy, 2001, APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008). Desta forma, as intervenções do EEESMO realizadas, foram ao encontro de cada situação específica e a gestão e controlo da dor foi negociada com a mulher/acompanhante, com base nas suas preferências, após uma informação e orientação sobre os benefícios e riscos dos métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis nas instituições. De modo a obter uma correta avaliação do score de dor sentida pela parturiente, foi utilizado como instrumento de avaliação a escala numérica da dor, uma vez que esta era a escala instituída em ambos os locais de estágio.

Relativamente aos métodos farmacológicos, encontravam-se disponíveis abordagens sistémicas e loco-regionais. Foram desenvolvidas em colaboração com outros profissionais, nomeadamente, obstetras e anestesistas, intervenções de enfermagem adequadas, como por exemplo, a administração de terapêutica analgésica prescrita e a colaboração na colocação do cateter epidural, com o apoio e o correto posicionamento materno, a administração de fluídos endovenosos para a expansão do volume plasmático e prevenção da hipotensão materna e a avaliação de sinais vitais.

Pela especificidade da população e pelas condições físicas dos serviços, houve a oportunidade de desenvolver, juntamente com as utentes/acompanhantes, vários métodos não farmacológicos para a gestão e controlo da dor, permitindo a obtenção de uma maior compreensão sobre os mesmos e sobre a sua efetividade. Para além do apoio contínuo prestado durante o TP, os métodos não farmacológicos (estímulos) promovidos incluíram a hidroterapia (duche), técnicas respiratórias e de relaxamento, musicoterapia, toque e massagem, aplicação de calor e de frio, deambulação e posições não supinas, aromaterapia e cromoterapia. Embora a mulher não verbalizasse a cessação da dor, verbalizava grandemente o seu alívio. Em todos estes métodos o acompanhante foi incentivado a participar. O estímulo da deambulação e da adoção de posições não supinas pela parturiente durante o 1º e 2º estágio do TP, que irá ser desenvolvido com maior detalhe posteriormente, foi realizada, não somente com o objetivo de minimizar a dor, como de promover todos os benefícios enumerados na revisão crítica da literatura, confrontando a teoria com a prática.

Na tentativa de proporcionar um aumento do conforto e bem estar na parturiente e de promover os quatro modos adaptativos, foram também encorajadas e proporcionadas medidas relacionadas com as necessidades e desejos apresentados pela mesma, nomeadamente: a higiene geral; a hidratação através da ingestão oral de chá açucarado, gelatina e água; e a eliminação vesical, uma vez que uma bexiga cheia, pode interferir com a descida da apresentação fetal, inibir a contractilidade uterina e aumentar a dor (Andrews & Roy, 2001; Lowdermilk & Perry, 2008, OE, 2015).

Relativamente ao 2º estágio do TP, promoveu-se a observação e cooperação com a equipa médica e de enfermagem em partos instrumentados com ventosa e com fórceps, devido a situações de distócia dinâmica, por forças expulsivas voluntárias inadequadas e de distócia mecânica, por apresentações de vértice occipito-posteriores, na preparação de parturientes para cesariana por comprometimento do bem estar fetal, e seu acompanhamento durante todo o processo, num parto gemelar e na receção do RN.

Nos partos instrumentados, cesarianas e sempre que houvesse uma condição especial do RN conhecida, como por exemplo a prematuridade, que requeresse cuidados especializados, foi solicitada a colaboração de um médico pediatra de modo a serem promovidas medidas de suporte na sua adaptação à vida extrauterina. Após o nascimento, em colaboração com a restante equipa, foram prestados cuidados imediatos ao RN centrados na sua observação, avaliação e estabilização, com a finalidade de contribuir para a sua integridade em termos adaptativos. Após uma breve avaliação e determinação do Índice de Apgar, foram providenciados cuidados em conformidade com as alterações diagnosticadas.

Segundo Graça (2010), cerca de 10% dos RN têm necessidade de algum tipo de reanimação para iniciar uma respiração eficaz, e cerca de 1% necessitam de manobras de reanimação mais diferenciadas. Segundo este autor, a aspiração suave das vias aéreas, a estimulação táctil, e a manutenção das vias aéreas, são suficientes para os RN estabelecerem a sua adaptação à vida extra uterina de forma segura.

Para além destes cuidados, nas situações em que se verificou uma adequada adaptação à vida extra uterina, e quando possível foram promovidos: a manutenção da temperatura corporal, secando o RN e colocando-o em contacto pele a pele com a progenitora, caso esta aceitasse, sendo devidamente coberto

com um lençol previamente aquecido, promovendo também a vinculação da tríade, e a amamentação precoce em caso de aceitação da mãe; a manutenção da permeabilidade das vias aéreas do RN, limpando as secreções da boca e nariz com uma compressa, procedendo à aspiração de secreções, somente quando necessário; a observação física geral do RN de forma a permitir uma deteção precoce de complicações e responder de forma adequada; a verificação do peso do RN; a administração da vitamina K como medida profilática da doença hemorrágica neonatal, com o consentimento dos pais e de preferência com o RN em contacto pele a pele, uma vez que esta medida, de acordo com Lowdermilk & Perry (2008), pode ajudar a reduzir a dor; e a realização da identificação do RN junto dos pais.

Foram executados um total de 40 partos eutócicos, aplicando as manobras adequadas. Procurou-se transmitir confiança e segurança, incentivando, orientando e elogiando a mulher de forma a que esta participasse ativamente no seu parto. Neste estágio, tal como no primeiro, as intervenções de enfermagem foram ao encontro das necessidades e preferências da utente, sendo adequadas a cada fase do mesmo. A mulher foi incentivada a alterar o posicionamento, a realizar básculas, ou outro movimento preferencial, foram promovidas técnicas respiratórias adequadas e providenciadas medidas de higiene e conforto.

No período expulsivo, foi promovida a proteção ativa do períneo controlando a saída da cabeça do feto, sendo a episiotomia realizada de forma criteriosa (OE, 2015; APEO, 2009). Foram implementadas as intervenções adequadas na existência de circulares cervicais. Após o nascimento foi promovido o contacto pele a pele precoce, objetivando a promoção da vinculação precoce entre os pais e o RN, e a promoção da amamentação precoce (OE, 2015). Como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014 promoveu-se o clampeamento tardio do cordão umbilical, entre 1 a 3 minutos após o nascimento, sendo que, em situações pontuais, como na verificação de uma circular cervical apertada do cordão umbilical, foi necessário realizar-se antes. Sempre que oportuno foi promovido, em caso de aceitação, a participação do pai no corte do cordão umbilical, uma vez que o seu envolvimento nesta medida tem uma influência positiva na ligação emocional deste com o RN, sendo determinante na transição para a parentalidade (Nogueira & Ferreira, 2012).

Quando necessário foram realizados os procedimentos para a colheita das células estaminais para a criopreservação e a colheita de sangue do cordão para

determinação do grupo sanguíneo do feto de modo a promover a prevenção da incompatibilidade Rh/ABO.

O 3º estágio do TP foi gerido ativamente segundo as diretrizes da OMS (2014), contribuindo desta forma, para a prevenção da hemorragia pós parto. As recomendações desta prática incluem a administração de uterotónicos, sendo a oxitocina o fármaco de eleição utilizado, e a tração controlada do cordão. Posteriormente à dequitação, foi confirmado o tônus uterino através da palpação abdominal, avaliada a perda sanguínea materna e inspecionada a integridade da placenta e membranas (OE, 2015). Seguidamente procedeu-se à avaliação da integridade do canal de parto e foi aplicada a técnica de episiorrafia e/ou reparação de lesões do canal de parto, referenciando as situações que estavam além da área de atuação. A realização desta técnica foi aperfeiçoada ao longo do estágio. Inicialmente, foram sentidas algumas dificuldades, como a manipulação dos ferros de parto, e a realização da sutura do primeiro plano, conduzindo a um aumento significativo do tempo despendido. As implicações para a mulher advindas de uma má técnica, foram uma constante preocupação, como tal, procurou-se desenvolver a mesma com primazia. Os EEESMO orientadores tiveram um papel fundamental no desenvolvimento desta competência. Os conselhos, as correções e o apoio proporcionados, aumentaram consideravelmente a confiança e habilidades técnicas da estudante.

O 4º estágio do TP, decorreu nas primeiras duas horas após o nascimento (OE, 2015). Neste período foram prestados cuidados a 50 puérperas e RN e privilegiou-se a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e prevenção de possíveis complicações, e a prestação de cuidados nas situações que afetaram de forma negativa a saúde da mulher e do RN. Para a sua concretização foram providenciados à puérpera e RN cuidados de bem estar e conforto, assim como uma vigilância cuidada, e a promoção de uma parentalidade responsável, partilhando informação inerente ao autocuidado, aos cuidados ao RN e aos recursos existentes na comunidade. O EEESMO assume uma responsabilidade particular na readaptação desta nova família à sua nova condição de vida e aos seus novos papéis, o de pais (Andrews & Roy, 2001; OE, 2011, 2015).

Os cuidados globalmente prestados às puérperas, resumiram-se: a uma avaliação dos sinais vitais, do tônus uterino, e de perdas hemáticas; à vigilância da presença de globo vesical, promovendo a sua eliminação, em caso de necessidade; à observação perineal, mamária e dos desconfortos apresentados; à

promoção de medidas para alívio da dor, nomeadamente, a colocação de gelo no períneo; em caso de cesariana, a vigilância do penso de sutura operatória; a alimentação, quando a puérpera reunia as condições adequadas; e a remoção do cateter epidural. Na sala de vigilância foi mantido o contacto pele a pele iniciado na sala de parto e foi promovido o aleitamento materno, em caso de aceitação da mulher, quando este ainda não tinha sido iniciado previamente. Ao RN, além da observação e vigilância geral, foram prestados outros cuidados como a realização da pesquisa da glicemia capilar de acordo com os protocolos instituídos, ou em caso de prescrição médica e quando foram detetadas alterações, foram referenciadas as situações que ultrapassavam a área de atuação do EEESMO. Procurou-se promover a participação/ colaboração do pai nos cuidados ao RN, como por exemplo no vestir, na colocação/mudança da fralda, entre outros, apoiando e elogiando as suas ações. Quando estavam reunidas todas as condições necessárias a puérpera e RN foram transferidos para o serviço de internamento.

As visitas efetuadas às puérperas e RN já no serviço de internamento de obstetrícia, constituíram-se muito positivas, na medida que contribuíram significativamente para a compreensão de aspetos relacionados com a sua recuperação e com o desempenho da estudante.

3.4 – Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis que promovam o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP

O EEESMO deverá basear a sua prática na melhor evidência científica disponível. Considerando que a promoção da liberdade de posições e movimento e o estímulo a posições não supinas durante o TP são práticas atualmente muito estudadas, ditando ser seguras e benéficas para a mulher e para o feto, deverão ser defendidas, apoiadas e implementadas pelos EEESMO na sua prestação de cuidados.

Segundo Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes (2005), o trabalho em equipa é gerador de sinergia positiva através de um esforço coordenado. O desempenho é coletivo e o resultado é superior ao que é produzido pela soma do desempenho individual dos profissionais. As habilidades e talentos individuais são transformados em habilidades coletivas produtoras de serviços mais eficientes e

efetivos. A comunicação promove confiança, respeito, compreensão e cooperação, induzindo um maior investimento e crescimento da equipa. De modo a garantir um crescimento profissional e um aumento da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados, é fundamental a existência de uma coesão, articulação e proatividade na equipa de enfermagem. A assunção desta postura permite detetar desafios ou dificuldades e até mesmo responder eficazmente a assuntos, dúvidas ou inquietações que vão surgindo no dia a dia (OE, 2010a). Pela sua importância, procurou-se adotar esta postura e desempenhar um papel dinamizador dentro das equipas, ao transmitir conhecimento científico atual de forma a promover uma prática profissional sedimentada.

Assim, em concordância com os EEESMO orientadores e com os Sr.(s) Enfermeiros Chefes dos serviços, foi realizada uma ação de formação que permitiu a contribuição no aumento do conhecimento sobre a temática no seio das equipas. A sua realização, conduziu à concretização de reflexões sobre a prática A e B, referentes às respetivas unidades hospitalares em que a mesma decorreu. Para além do conhecimento anteriormente referido também permitiu:

- Conhecer a realidade nos serviços sobre a temática. Nas duas instituições foram reveladas realidades diferentes, embora não muito díspares: *“... a deambulação, o movimento e a mudança de posição era uma prática comum durante o 1º estágio do TP, no entanto, durante o 2º estágio do TP a posição mais adotada era a de semi sentada ou a de litotomia ...”* (A); *“... era uma realidade do serviço no 1º e 2º estágio do TP, mesmo quando a utente dispunha de analgesia epidural ...”* (B).

- Conhecer as dificuldades e limitações sentidas pela equipa na promoção desta prática. Foi divulgado pelas equipas vários aspetos relacionados com recursos materiais e humanos como: *“... ausência de cardiotocógrafos com sistema wireless ...”* (A); *“... existência de cardiotocógrafos antiquados ...”* (A); *“... a analgesia epidural, principalmente, na presença de uma prescrição de analgesia em perfusão contínua ...”* (A); *“... camas de parto inadequadas para a realização de certos posicionamentos ...”* (A, B); *“... a falta de formação prática na realização de partos noutras posições ...”* (A); *“... impedimentos impostos pela equipa médica ...”* (A); *“... questões culturais ...”* (A, B).

- Refletir sobre o indicador de evidência *“Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto”* do Projeto Maternidade com Qualidade desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da OE.

- Incentivar o debate sobre o planeamento de estratégias para a sua promoção. Durante o mesmo foi revelada: *“... a necessidade de coesão da equipa multidisciplinar ...”* (A); *“... a realização de formação teórico prática no seio da equipa multidisciplinar relativamente ao tema ...”* (A). No sentido de ultrapassar os aspetos culturais, *“... foi proposta uma maior sensibilização da mulher grávida, tanto no curso de preparação para o nascimento e parentalidade realizado pelas instituições, como na que procura aquele serviço hospitalar ...”* (A, B). Como forma de sensibilização da mulher para esta prática, *“... foi proposta a utilização de um livro plastificado com conteúdo informativo e ilustrativo de cada posicionamento proposto, revelando as vantagens e desvantagens na sua adoção ...”* (A, B). Foi revelado ainda *“... a necessidade de melhoria dos registos relativamente aos posicionamentos adotados durante o TP, de forma a dar visibilidade ao trabalho desenvolvido ...”* (A, B)

Pela limitação temporal do EC, embora não se tenha desenvolvido nas equipas um plano de intervenção, o debate estabelecido constituiu um momento reflexivo que permitiu, em conjunto, implementar intervenções de enfermagem promotoras desta prática, incluindo, o seu registo no processo de enfermagem, pois como é revelado pela OE (2015, p. 26), “a monitorização e a avaliação contínuas dos cuidados prestados ao nosso alvo é fundamental para poder quantificar a sua qualidade”.

De forma a promover o estímulo a posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, junto da mulher, foi utilizada como estratégia um instrumento importante na enfermagem, a comunicação. De acordo com Pontes, Leitão & Ramos (2008), este instrumento encontra-se presente em todas as intervenções de enfermagem, seja para informar, orientar, apoiar, confortar ou satisfazer as necessidades da mulher. Uma vez estabelecida, a pessoa é encorajada a tornar-se ativa na maximização das suas competências por meio de informações e orientações pertinentes e adequadas. A capacitação da utente para uma posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida é fundamental para a sua adaptação e satisfação nos cuidados (Andrews & Roy, 2001; OE, 2015).

Perante o exposto, pela sua pertinência e sempre que oportuno foram aproveitadas ou desenvolvidas oportunidades promotoras da participação ativa da mulher no decurso do parto, sensibilizando-a sobre as posições que poderia adotar durante o 1º e 2º estágio do TP, assim como as vantagens e desvantagens associadas a cada uma delas. Desta forma, foram realizadas ações de educação para a saúde personalizadas e adequadas a cada parturiente/ acompanhante, através de informação oral, escrita e demonstrativa das posições e movimentos que poderia adotar e como o acompanhante poderia ajudar. Ao capacitar a mulher de conhecimentos sobre os riscos e benefícios de cada intervenção proposta, que lhe permitisse tomar decisões autónomas e informadas, e promovesse a sua participação ativa no decurso do parto, respeitando e apoiando as suas escolhas, foi dada a possibilidade para que esta assumisse um maior controlo sobre o seu corpo (Balaskas, 1992; OE, 2015).

3.5 - Discussão de resultados: Entre a teoria e a prática

Para obter uma melhor compreensão sobre a influência que a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP apresenta sobre a mulher, procurou-se confrontar os resultados obtidos na revisão crítica da literatura com o que foi observado, vivenciado e refletido em contexto da prática de cuidados e que se encontra descrito nas narrativas reflexivas realizadas durante o EC.

Para se proceder a uma análise lógica e ordenada dos dados evidenciados nas narrativas reflexivas, foi realizada uma análise de conteúdo uma vez que esta consiste numa “... técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações...” (Bardin, 2014, p. 38). De forma a não dispersar o pensamento, a análise efetuada teve como principal objetivo responder à questão de investigação enunciada para a realização da revisão crítica da literatura, privilegiando a influência que as posições não supinas apresentam na parturiente durante o 1º e 2º estágio do TP e as competências do EEESMO para a sua promoção. Os dados das narrativas foram codificados através da sua transformação sistemática e agregação em unidades e categorias, permitindo atingir uma descrição exata e pertinente em relação às características do conteúdo. Assim, para cada narrativa reflexiva (NR) foi atribuído um código com uma letra de A a F. Cada unidade de contexto (UCo) foi codificada de 1 a 4. Finalmente, a cada unidade de registo foi atribuído um código relativo à unidade

de contexto que representa e à narrativa reflexiva em que se encontra, como por exemplo o código UCo1 NRE, corresponde a uma unidade de registo que evidencia a unidade de contexto “alívio da dor” e que surge na narrativa reflexiva E (Bardin, 2014).

O conteúdo das narrativas reflexivas foi organizado sob a forma de categorias utilizando o critério de categorização semântico (categorias temáticas), e as respetivas unidades de contexto que serviram de base para a análise, encontrando-se descritas no Quadro n.º 2.

Quadro n.º 2 – Categorias e Unidades de Contexto resultantes das narrativas reflexivas.

CATEGORIAS	UNIDADES DE CONTEXTO
Influência das Posições não Supinas na Parturiente	Alívio da Dor (UCo1)
	Satisfação (UCo2)
	Conforto (UCo3)
Competências do EEESMO	Promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP (UCo4)

Para a categoria, “*Influência das posições não supinas na parturiente*”, sobressaíram das narrativas reflexivas as unidades de contexto: alívio da dor, satisfação e conforto da parturiente, que se apresentam no quadro n.º 3 e são unânimes em todas as narrativas reflexivas indo ao encontro dos resultados obtidos na revisão crítica da literatura. Relativamente à categoria, “*Competências do EEESMO*”, de forma a responder à questão enunciada, foram extraídas as competências que visaram a promoção, pelo EEESMO, de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP e que se apresentam no quadro n.º 3. Os resultados evidenciam a necessidade e importância do papel do EEESMO na compreensão do conhecimento e preferências da mulher relativamente às posições e movimentos que pode adotar durante o TP, e da sua capacitação relativamente a esta prática através da informação oral, escrita e demonstrativa de cada posicionamento proposto, evidenciando as vantagens e desvantagens de cada um deles, orientação, respeito, segurança e apoio prestados.

Tal como foi observado na revisão crítica da literatura, a promoção desta prática é benéfica e contribui grandemente para a que a utente possa alcançar vivências positivas do seu parto através de respostas adaptativas como a sua satisfação, conforto e a autonomia, fomentando a sua adaptação e a integridade.

**Quadro n.º 3 – Unidades de Registo relativas às Unidades de Contexto
“Alívio da Dor”, “Satisfação”, “Conforto” e “Promoção de posições não
supinas durante o 1º e 2º estágio do TP”**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
Alívio da Dor (UC1)	<p>“... a bola de parto (...) ajudou bastante, não apenas pelo alívio da dor, mas também pelo relaxamento que proporcionou...” (UCo1 NRC)</p> <p>“... quando estava deitada a dor era insuportável, só se sentia bem quando estava sentada...” (UCo1 NRC)</p> <p>“... foi evidente (...) o alívio da dor da parturiente com as mudanças de posição, movimento...” (UCo1 NRC)</p> <p>“... expressou a importância sobre a possibilidade de se poder mobilizar e posicionar quando e como queria, referindo a posição de deitada como (...) a que lhe causava maior dor...” (UCo1 NRD)</p> <p>“... era impossível estar deitada, aumentava a dor...” (UCo1 NRE)</p> <p>“... referiu que poder movimentar-se promoveu o alívio da dor ...” (UCo1 NRE)</p> <p>“... a utente referiu necessidade em se sentar no leito, uma vez que sentia uma redução significativa na dor...” (UCo1 NRE)</p> <p>“... referiu menos dor na posição de cócoras...” (UCo1 NRE)</p> <p>“... relatou que fora da cama (...) doía menos ...” (UCo1 NRF)</p>
Satisfação (UC2)	<p>“... foi evidente um aumento (...) da satisfação (...) da parturiente ...” (UCo2 NRC)</p> <p>“... referiu ter sido muito gratificante (...) que com este filho foi tudo diferente, e que estava muito feliz...” (UCo2 NRD)</p> <p>“... revelou ter sido uma experiência muito positiva e compensadora (...) agradeceu o apoio prestado e respeito pelas suas decisões, revelando ter sido muito importante.” (UCo2 NRE)</p> <p>“... no final revelou felicidade e satisfação ao referir que este parto foi “perfeito”...” (UCo2 NRE)</p> <p>“... uma experiência positiva e a satisfação materna...” (UCo2 NRF)</p>
Conforto (UC3)	<p>“... foi evidente um aumento do conforto (...) da parturiente com as mudanças de posição, movimento e apoio prestado ...” (UCo3 NRC)</p> <p>“... referiu que os desconfortos minimizaram consideravelmente...” (UCo3 NRD)</p> <p>“... expressou a importância sobre a possibilidade de se poder mobilizar e posicionar quando e como queria, referindo a posição de deitada como a mais desconfortável...” (UCo3 NRD)</p> <p>“... a bola era relaxante e aumentava o conforto ...” (UCo3 NRE)</p> <p>“... estar em pé e fazer vários movimentos aumentava o conforto...” (UCo3 NRE)</p> <p>“... estar de pé era mais confortável (...) conseguia respirar melhor ...” (UCo3 NRF)</p> <p>“... referiu que poder movimentar-se promoveu o alívio (...) do desconforto...” (UCo3 NRF)</p>
Promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP (UC4)	<p>“... desenvolvida uma ação de formação em serviço direcionada aos profissionais de saúde do bloco de parto ...” (UCo4 NRA); (UCo4 RNB)</p> <p>“... propus a utilização de um livro plastificado, como complemento da informação transmitida oralmente às utentes, com conteúdo escrito e ilustrativo de cada posicionamento, assim como das vantagens e desvantagens associadas a cada um deles de forma a dotá-las de conhecimento que as possibilitasse obter um maior controlo sobre o seu corpo através de decisões informadas...” (UCo4 NRA); (UCo4 RNB)</p> <p>“... tentei compreender as preferências e conhecimentos da utente relativamente à utilização de técnicas (...) não farmacológicas para a gestão e controlo da dor...” (UCo4 RNC)</p> <p>“... instruí o casal sobre (...) o posicionamento e movimento, revelando as vantagens e desvantagens de cada posicionamento proposto ...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... informei e orientei a parturiente sobre as posições e movimentos que poderia adotar, exemplificando, e como o esposo poderia participar e ajudar...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... revelei à utente para que adotasse uma posição que lhe fosse confortável, e tendo em conta que nenhuma posição é confortável durante muito tempo, que alternasse conforme as suas necessidades e preferências...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... ajudei a utente a posicionar-se corretamente ...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... noutros momentos servi de suporte para a utente quando a mesma pretendia adotar a posição de sentada e inclinada para a frente ...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... adaptei a cama de parto à posição que a utente solicitou ...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... executado parto eutócico, na posição de sentada, por preferência da utente ...” (UCo4 NRC)</p>

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO
<p>Promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP (UC4)</p> <p>(Cont...)</p>	<p>“... a informação, o apoio, o espaço e respeito prestados ao casal, revelaram ser muito importantes, promovendo a satisfação, autonomia e participação ativa da mulher no seu parto ...” (UCo4 NRC)</p> <p>“... informei o casal sobre a possibilidade da parturiente se poder mobilizar e posicionar conforme as suas necessidades e preferências (...) revelei as vantagens e as desvantagens que as posições mais verticalizadas poderiam oferecer ...” (UCo4 NRD)</p> <p>“... auxiliei a utente a adotar a posição de cócoras...” (UCo4 NRD)</p> <p>“... realizado parto eutócico, na posição lateral modificada...” (UCo4 NRD)</p> <p>“... a utente encontrava-se (...) a deambular (...) elogiei o casal promovendo um reforço positivo pela intervenção, e aproveitei o momento para o informar e orientar sobre a liberdade de posições e movimentos, as vantagens e desvantagens de cada posicionamento, por vezes exemplificando, e utilizando como suporte o livro plastificado que havia elaborado para as utentes...” (UCo4 NRE)</p> <p>“... realizado parto eutócico na posição de sentada, por preferência da utente...” (UCo4 NRE)</p> <p>“... o respeito pelas suas escolhas, inclusivamente, sobre a liberdade em controlar o seu corpo movimentando-se, posicionando-se, oferecendo a possibilidade de uma maior adaptação anatómica e fisiológica, contribui inevitavelmente, para que esta experiência fosse, como a mulher referiu “perfeita...” (UCo4 NRE)</p> <p>“... aproveitei o momento oportuno para a sensibilização da grávida/ acompanhante na sua participação ativa no decurso do trabalho de parto, nomeadamente, na adoção de posições não supinas e movimento. Referi também a necessidade da grávida alternar de posição conforme a sua preferência para a obtenção do máximo conforto possível ...” (UCo4 NRF)</p> <p>“... para complementar a informação facultada oralmente, providenciei o livro que realizei para as utentes com as vantagens e desvantagens da utilização de cada posicionamento, com imagens justificativas e demonstrei a realização de vários movimentos e posicionamentos que a grávida poderia adotar, nomeadamente, a utilização da bola de parto ...” (UCo4 NRF)</p> <p>“... questioneei a utente sobre a posição que gostaria de adotar, a qual manifestou vontade em se colocar na posição de pé (...) organizei o espaço de modo a que tal fosse possível...” (UCo4 NRF)</p> <p>“... executei um parto eutócico, com a parturiente na posição de semi sentada por sua preferência ...” (UCo4 NRF)</p> <p>“... foi evidente que a sua capacitação, estabelecendo uma relação terapêutica promovendo o respeito, apoio, segurança, informação e orientação para uma posterior tomada de decisão e ação esclarecida, teve um papel preponderante na sua satisfação ...” (UCo4 NRF)</p>

Durante o EC, no 1º estágio do TP, após a sensibilização sobre a liberdade de movimentos e posicionamentos, foi visível as mulheres assumirem controlo sobre o seu corpo, mobilizando-se e adotando posições que lhes fossem mais confortáveis. Na sua maioria, foi observada a conjugação de vários movimentos e posicionamentos, sendo mais frequentes, a posição lateral ou lateral modificada, sentada e sentada e inclinada para a frente, na cama, cadeirão ou bola de parto, semi sentada e de pé e, por vezes, assumiam posições assimétricas. Poucas mulheres recorreram à posição de joelhos, cócoras, e de quatro apoios.

No 2º estágio do TP, o comportamento das mulheres foi muito variável nas suas diferentes fases, assumindo várias posições e movimentos. Durante a fase latente algumas mulheres preferiram descansar na posição lateral, outras na posição de semi sentada, sentada e sentada e inclinada para a frente, assumindo esta, na cama ou bola de parto, enquanto outras preferiam movimentar-se. Na

fase de descida, foi frequente a observação da adoção, de para além das posições já mencionadas na fase anterior, a posição de cócoras e de pé associada ao movimento. Na fase de transição, a posição mais adotada pela mulher foi a posição de sentada, representando 24 partos, num total de 40 realizados, posteriormente, seguiu-se a posição de semi sentada com 11 partos, de litotomia com 3 partos, e finalmente a posição de cócoras e lateral, ambas com um parto.

No que concerne às restantes conclusões observadas nos estudos previamente analisados: duração do TP, tipo de parto, episiotomia, lacerações perineais e resultados fetais/ neonatais, embora não se apresentem enumeradas nas narrativas reflexivas, durante o EC foram observadas, indo ao encontro do que está evidenciado na literatura, sendo possível obter uma maior compreensão das mesmas. Relativamente ao resultado: aumento dos episódios hemorrágicos encontrada na análise dos estudos, não se observou durante o EC, não sendo consensual com o que se verifica na literatura.

No que se refere ao resultado: redução do TP, foi observado durante o EC que quando as utentes se mobilizavam e utilizavam posições mais verticais o registo CTG ostentava uma contractilidade uterina mais intensa, regular e eficiente, reduzindo a necessidade de administração de perfusão de oxitocina, para esse objetivo, e era observada uma dilatação cervical e descida do feto pelo canal de parto mais rápida.

Em relação ao resultado tipo de parto: foi observado que, os movimentos realizados e posições adotadas pela parturiente revelaram favorecer o parto eutócico, facto que é explicado pela alteração e aumento dos diâmetros pélvicos da mulher e pela atuação da força da gravidade que facilitam a adaptação do feto ao canal de parto e previnem as distócias (Balaskas, 1992). Das 77 mulheres que foram acompanhadas durante o EC, 49 pariram no turno em que estava presente, sendo que, 40 foram partos eutócicos, 5 partos foram instrumentados com ventosa, 1 com fórceps e 3 cesarianas.

No que respeita ao resultado: taxa de episiotomia, a influência das posições não supinas sobre a redução da necessidade da sua realização, também foi observada na prática, sendo que na totalidade dos partos executados, realizaram-se apenas 8 episiotomias e obtiveram-se 6 períneos intactos. Tal facto é justificado com a distensão uniforme dos tecidos perineais quando a mulher assume posições mais verticais (Balaskas, 1992).

Relativamente ao resultado, lacerações perineais: durante o EC presenciou-se um número acentuado de lacerações perineais, apresentando-se 21 lacerações de 1º grau e 5 de 2º grau da totalidade de partos realizados, indo ao encontro do que é revelado na literatura. No entanto, segundo Graça (2010), as lacerações de 1º grau apenas atingem a fúrcula, a pele do períneo e a mucosa vaginal, ao contrário da episiotomia médio lateral que atinge as estruturas: fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, fibras dos músculos transversos do períneo e dos músculos pubococcígeos, aumentando a lesão perineal e desconfortos da mulher no período pós parto. Este facto, induz a reflexão entre a realização ou não de uma episiotomia. Esta só será justificada em caso de real necessidade.

Por fim, em relação ao resultado alterações cardíacas fetais: durante EC foi visível que, por vezes, quando se observavam alterações dos padrões normais do registo CTG, como desacelerações e bradicárdia fetal, se a mulher alterasse a posição, o registo voltava a atingir os padrões de normalidade.

A presente análise revela uma harmonia entre os resultados obtidos através da análise proveniente da revisão crítica da literatura com o que foi observado durante o EC, fortalecendo o pressuposto da importância da participação ativa da mulher no decurso do parto, sendo informada dos riscos e benefícios de cada posição, encorajada e apoiada para adquirir a posição que escolher, possibilitando um maior controlo sobre o seu corpo e aumentando a sua satisfação em relação ao parto. A promoção desta prática é fundamental para a contribuição da adaptação da mulher durante o TP, no entanto, o EEESMO, deve ter presente que a sua visão holística, todos os seus ambientes e mecanismos de resistência são essenciais para a sua obtenção. O estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, revela ser importante, devendo ser por isso uma prática incorporada nos cuidados, mas, para a que a mulher possa atingir a integridade nos quatro modos adaptativos, é essencial compreender que outros fatores, igualmente influentes, devem ser considerados, e promovidos. A mulher, segundo Andrews & Roy (2001), deve ser assim considerada como um sistema holístico adaptável. Deve ser percecionada “... como um todo, que compreende as partes que funcionam segundo uma unidade para o mesmo objetivo...” (Andrews & Roy, 2001, p.17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste relatório de estágio explana de uma forma geral a reflexão sobre o vivido durante o EC, constituindo-se como um importante instrumento de descrição, análise e avaliação do percurso realizado, tornando-se num agente facilitador de aprendizagem. A reflexão na e sobre a ação possibilitou, não apenas o desenvolvimento de um conhecimento teórico e prático relativo aos períodos pré natal, TP e pós natal, como a sua compreensão e as competências a desenvolver, contribuindo para uma melhoria das capacidades e conhecimentos, promovendo a consciência para a tomada de decisão e o desenvolvimento da autonomia profissional com a construção individual, do saber e do agir, e o enfrentamento dos problemas provenientes da prática com confiança e eficácia (Santos, 2009).

O tema proposto a ser desenvolvido durante o EC e que sustentou o presente relatório de estágio teve como ponto de partida os desafios encontrados na literatura. A descrição de práticas rotineiras como o uso da posição supina durante o TP, sabendo que existe evidência científica que revela inúmeras desvantagens na sua utilização, associada à resistência à mudança de atitudes dos profissionais de saúde no parto, que se mantêm condicionados pela influência de costumes organizacionais relativamente a esta prática, constituíram uma fonte de preocupação, um desafio e uma necessidade de a desenvolver e compreender. Contrariamente a este último ponto descrito na literatura, durante o EC observaram-se profissionais dinâmicos, proactivos e preocupados com a manutenção da atualização contínua de conhecimentos e de cuidados de qualidade, promovendo um fácil desenvolvimento da temática em estudo. Desta forma, as principais limitações na implementação do projeto de estágio centraram-se, fundamentalmente, nas dificuldades sentidas pelas próprias equipas, relacionadas com recursos materiais e humanos existentes nas instituições, ainda que, com o apoio e capacidade inovadora dos EEESMO orientadores e restantes elementos das equipas, a sua maioria fosse solucionada. Pela limitação temporal, não tendo sido possível estabelecer um plano de intervenção com as equipas, através do debate instituído durante as ações de formação realizadas sobre o tema, emergiram intervenções de enfermagem promotoras do estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, assim como do seu registo,

promovendo uma possível monitorização, avaliação e quantificação do trabalho realizado a serem implementadas nos serviços.

O TP, como foi observado, não é um processo completamente natural, pois para além dos mecanismos fisiológicos inerentes ao mesmo, há um conjunto de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que são socialmente controladas e culturalmente definidas e que se refletem na adaptação da pessoa. As alterações que historicamente se observam nas posições adotadas pela mulher durante o TP, são exemplos da influência apresentada pelos contextos culturais e sociais (Mamede, et al, 2007). Os avanços tecnológicos e científicos desenvolvidos na assistência ao parto, têm contribuído para a evolução do processo de cuidar e da prática profissional do EEESMO, conduzindo à exigência de novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser (Pedrolo, et al, (2009). O EEESMO ao desenvolver uma prática baseada na evidência, obtém as ferramentas necessárias para desenvolver uma prática eticamente correta, obter respeito pelos seus pares, e contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.

O presente relatório vem reforçar o já evidenciado na literatura, revelando a influência positiva na parturiente da promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP. Entre os benefícios destacam-se o conforto, a satisfação materna e a redução da dor. Outros resultados patenteados são a redução do tempo do 1º e 2º estágio do TP, uma maior prevalência do parto eutócico, redução da necessidade da realização de episiotomia, aumento do número de lacerações de 1º grau e redução de alterações cardíacas fetais anormais. Estes resultados são congruentes com toda a pesquisa efetuada, fortalecendo a necessidade de se promover a participação ativa da mulher durante o TP, nomeadamente, o estímulo de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP.

O principal objetivo do EEESMO assenta na garantia de cuidados especializados nos diferentes contextos onde os utentes se encontram, contribuindo para o alcance e maximização do seu potencial de saúde, capacitando-os para o autocuidado, autovigilância e para a promoção de vivências positivas dos processos fisiológicos (OE, 2011). Assim, a atuação e interação do EEESMO perante a mulher/casal durante os períodos pré-natal e em TP, baseada num modelo assistencial adequado e holístico, é crucial e determinante para a promoção da sua participação ativa no decurso do parto, de capacidades adaptativas referentes às posições que pode adotar durante o 1º e 2º estágio do

TP, e na contribuição de vivências positivas ou negativas na experiência do parto (Lopes, et al, 2010). Nestes períodos, o EEESMO apresenta um papel de extrema importância na compreensão do modo como a pessoa enfrenta os processos inerentes ao TP, no apoio e como conselheiro na área da saúde e educação da mulher, visando facilitar a sua adaptação nos quatros modos adaptativos (Andrews & Roy, 2001).

Considerando as vantagens que a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP apresentam na mesma, esta deve ser promovida, apoiada e encorajada pelos EEESMO. O ideal seria que o EEESMO promovesse informação e orientação adequada à mulher/casal numa fase anterior ao TP que lhe permitisse conhecer e compreender os riscos e benefícios de cada posição proposta e experimentar, permitindo familiarizar-se com as mesmas, prevenindo constrangimentos quanto à escolha das posições a assumir durante o TP, e tomar uma decisão informada e consciente das suas ações no decorrer do parto. Contudo, esta informação durante o TP é igualmente importante, pois o EEESMO, ao possibilitar que a mulher participe ativamente no seu parto com a livre escolha de posições e movimentos, permite-lhe um maior controlo sobre o seu corpo e conduz ao aumento do conforto e satisfação materna e outros aspetos relacionados com a evolução do TP já descritos.

Atualmente, embora esteja disponível bastante evidência sobre a promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estágio do TP, é fundamental que o EEESMO mantenha uma atualização de conhecimentos através da realização de novos estudos, questionando sempre a sua prática, contribuindo assim para a evolução dos cuidados e do conhecimento. Pela sua pertinência pretende-se, futuramente, dar continuidade ao estudo deste tema, propondo-se no local de trabalho a implementação do indicador de evidência “*estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto*” promovido pela mesa do colégio da especialidade de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Através da sua implementação é possível contribuir para a promoção desta prática, para a visibilidade da mesma no nosso país através dos indicadores de medida propostos no referido documento, e posteriormente com estudos de investigação sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L., Munari, D., Queiroz, A. & Fernandes, C. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2), 203-207. Acedido em 25/10/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a15.pdf>
- Aguilar, O., Romero, A. & García, V. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical *versus* supine. *Ginecologia y Obstetricia de México*, 81 (1), 1-10. Acedido 25-06-2014. Disponível em: http://content.ebscohost.com/pdf29_30/pdf/2013/7KM/01Jan13/86643762.pdf?T=P&P=AN&K=23513398&S=R&D=mnh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESepq84yOvsOLCmr0yep69Ssqm4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx5Hnw5QAA
- APEO (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Loures: Lusociência.
- Balaskas, J. (1992). *Active Birth – The New Approach to Giving Birth Naturally*. 3ª ed. USA: The Harvard Common Press.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. ((L. Reto e A. Pinheiro, Trad.). (4ª ed.) Coimbra: Edições 70. (Tradução do original do Francês Lanalyse de Contenu, 1977, Presses Universitaires de France).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (A. L. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do Inglês From Noce to Expert, 2001, Pearson Education).
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (2ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *BIRTH*. 28 (3). 202-207. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2001.00149.x
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. (I. Belchior Trad.). Lisboa: Edições Colibri. (Tradução do original do Inglês Pregnancy – The Psychological Experience, 1991, New York: The Nooday Press).
- Coopen, R. (2005). *Birthing Positions: Do midwives know best?*. London: MA Healthcare Limited

- Davudsdóttir, R. (2012). *Anthropology of Childbirth. Cross-cultural approach*. (Tese BA). Disponível no Skemman.
- Di Franco, J. (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis - Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força. *Lamaze International*. Acedido em 17/04/2014. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado – Relatório Final. 1-122. Acedido a: 12/08/2015 Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- Fontgalland, R. & Moreira, V. (2012). Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers. *Memorandum*, 23, 32-56. Acedido a: 5-09-2015. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a23/fontgallandmoreira01>
- Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do Francês *Fondements et Étapes du Processus de Recherche*, 2006, Montreal: Chenelière Education).
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3), 549-556. DOI: 10.1590/S0104-11692004000300014;
- Ganapath, T. (2012). Childbirth in Supported Sitting Maternal Position International. *Journal of Nursing Education*. 4, (2), 87-91. Acedido em 17/05/2015. Disponível em: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2011793116&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMMvI7ESep7Q4y9fwOLCmr02ep7RSs664SbOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx5Hnw5QAA>
- Garcês, M. (2011). *Vivências da Figura Paterna no TP e Nascimento no Processo de Transição para a Parentalidade*. (Dissertação de Mestrado). Acedido a: 4-10-2015. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Dissertação%20final.pdf>
- Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women's Choice of Positions during Labor: Return to the past or a Modern Way to Give Birth? A cohort Study in Italy. *Biomed Research International*, 1-7. Acedido

28-07-2014.

Disponível

em:

<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=24955365&S=R&D=mdc&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeqLY4zdnyOLCmr02eprZSs664Ta6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx5Hnw5QAA>

- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ª ed.). Lisboa: Lidel
- Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1-92. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- Harper, B. (2005). *Gentle birth choices*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press
- ICM (2013). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. *International Confederation of Midwives*.1-19. Acedido em 15/05/2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- INE (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 22-07-2015. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Kemp, E., Kingswood C., Kibuka, M. & Thornton, J. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 1-26. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub2.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1-159. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Acedido a 19-08-2015. Disponível em: <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lei n.º 14/85 de 6 de julho (1985). Acompanhamento da mulher grávida durante o TP. Diário da República, I Série, N.º 153 (06/07/1985). 1985.

- Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1ª série, N.º 134 (14/07/2009). 4467.
- Leitão, F. (2010). *Autonomia da mulher em TP*. (Dissertação de Mestrado). Acedido a: 5-06-2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf
- Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., Reis, S., Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem*, 14(3),484-490. Acedido a: 23-08-2015. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/16178/10697>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta
- Mamede, F., Mamede, M., & Dotto, L. (2007). Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho e parto e parto. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*, 11 (2), 331-336. Acedido em 10/10/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- MCEESMO (2011). *Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico electrónico externo em consulta de vigilância pré-natal*. MCEESMO. 1-7. Acedido a: 2/09/2015 Disponível em: <Http://Www.Ordemenfermeiros.Pt/Colegios/Documents/Parecer16 Mceesmo.Pdf>
- Newman & Roberts (2004): - Newman, M. & Roberts, T. (2004). Apreciação crítica I: É a qualidade do estudo suficientemente boa para utilizar os resultados? In J. Craig, R. Smyth (Eds). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. (pp. 86 – 113). Loures, Lusociência.
- Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (12), 25-28. Acedido em 10/05/2014. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnxyZXZpc3RhYXBib3xneDo3OWZmNjRjYjhjOWViMzI4>
- Nogueira, J. & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Referência*, III Série (8), 55-66. Acedido a: 24-09-2015. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300006&script=sci_arttext

- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em: 23/09/2014. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>;
- OMS (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. 1-41. Acedido a: 17/05/2015 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros, Conselho Diretivo, pp1-4. Acedido a 12-12-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. 1-10. Acedido em 29/10/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. 1-8. Acedido em 29/10/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012c). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. 1-60. Acedido a 12-08-2015. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M., Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 760-763. Acedido em 13/12/2015. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16396/10875>
- Perdomini, F., & Bonilha, A. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enfermagem*, 20 (3), 245-252. Acedido a: 4-10-2015. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72182/000822968.pdf?sequence=1>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro, e R. P. Salgueiro Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do Francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Editions de la Chenelière).
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. & Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318. Acedido em 29/10/2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Rocha, I., Oliveira, S., Schneck, C., Riesco, M. & Costa, A. (2009). O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (4), 880-888. Acedido a: 24-09-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>
- Romano, A. & Lothian, J. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *JOGNN*, (37). 94-105. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *O Modelo de Adaptação de Roy*. (C. Fonseca, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução do original do Inglês The Roy Adaptation Model, 1981, Prentice Hall).

- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Shilling, T. (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis - Liberdade de movimentos durante o TP. *Lamaze International*. Acedido em 17/04/2014. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>
- Silva, L., Silva, M., Soares, P., & Ferreira, Q., (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 35 (2), 101-106. Acedido em 20/11/2014. Disponível em: <http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>
- Simkin, P. & Ancheta, R., (2011). *The Labor Progress handbook – Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. (3ª ed). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Souza, N. (2001). A relação teoria-prática na formação do educador. *Semina*, 22, 5-12. Acedido em 20/11/2015. Disponível em: http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_22_1_21_33.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. *The Joanna Briggs Institute*. Acedido em: 10/11/2015. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers_manual2014.pdf;
- Vasconcelos, K., Martins, C., Mattos, D., Tyrrell, M., Bezerra, A. & Porto, J. (2013). Partograma: Instrumento para segurança na assistência Obstétrica. *Rev enfermagem*, 7(2), 619-624. DOI: 10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201337.
- Ward, S. & Hisley, S. (2009). *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children, and Families*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do Inglês *Postmodern Nursing and Beyond*, 1999, Harcourt Brace).
- WHO (1996) – *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: WHO. Acedido em 17/04/2014. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: GUIÕES ORIENTADORES DAS
NARRATIVAS REFLEXIVAS SOBRE A
PRÁTICA**

GUIÃO ORIENTADOR DA NARRATIVA REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA – UTENTES	
Objetivos da reflexão	Refletir sobre os benefícios/experiência da utente na livre escolha da posição adotada durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto.
Local	Serviço de Bloco de Partos da Unidade Hospitalar onde decorre o Ensino Clínico – Estágio com Relatório.
Intervenientes Envolvidos	Todos os atores envolvidos no momento do acontecimento vivenciado/observado: Utente, acompanhante, profissionais presentes.
Acontecimento	Utentes em trabalho de parto.
Dados importantes	<ul style="list-style-type: none"> Dados da utente. <ul style="list-style-type: none"> Idade: Idade Gestacional: Índice Obstétrico: Antecedentes pessoais/obstétricos/ Alergias: Vigilância da gravidez: Plano de parto: Análises: Grupo Sanguíneo/ Rh: Streptococcus do grupo B: Curso de preparação para o nascimento e parentalidade: Acompanhante: Data/ Hora de admissão: Exame vaginal na admissão/ antes da passagem de ocorrências: CTG antes da passagem de ocorrências: Desconfortos manifestados pela utente. Adesão da utente ao livre posicionamento. Posições adotadas pela utente durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto Experiência manifestada pela utente com livre escolha de posicionamento durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto. Intervenções do EEESMO Vigilância: <ul style="list-style-type: none"> Parâmetros vitais Necessidade de analgesia. Contractilidade uterina; Frequência cardíaca fetal (Bem estar fetal) Altura da apresentação fetal. Duração do trabalho de parto (1º e 2º estádios). Dados do parto. Valor de Índice de Apgar do RN Outros dados importantes

GUIÃO ORIENTADOR DA NARRATIVA REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA – PROFISSIONAIS	
Objetivos da reflexão	Refletir sobre as dificuldades/ limitações sentidas pela equipa de enfermagem na promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto.
Local	Serviço de Bloco de Partos da Unidade Hospitalar onde decorre o Ensino Clínico – Estágio com Relatório.
Intervenientes Envolvidos	Todos os profissionais presentes.
Acontecimento	Durante a realização de uma formação em serviço intitulada “ <i>O Contributo do EEESMO no Estímulo de Posições não Supinas durante o 1º e 2º Estádio do Trabalho de Parto</i> ”
Dados importantes	<ul style="list-style-type: none">• A experiência dos profissionais na promoção de posições não supinas durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto.• As dificuldades sentidas.• As limitações encontradas.• Estratégias propostas• Intervenções do EEESMO• Outros dados importantes observados debate

APÊNDICE 2: RESULTADOS DE PESQUISA

PESQUISA NAS BASES DE DADOS DA PLATAFORMA EBSCOHOST							
S1 - Birth* position*	S2 – Patient Position*	S3 – Position*	S4 – Labor	S5 – Labor, obstetric*	S6 - Delivery, Obstetric*	S7 - Female	S8 - Nurse Midwife*
CINAHL = 1438398		MEDLINE = 7658706		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 1925			
				Total = 9,099,029			
CONJUGAÇÃO DOS DESCRITORES COM OS OPERADORES BOOLEANOS AND E OR (S1 and S4 and S7) OR (S2 and S4 and S7) OR (S3 and S5 and S7) OR ((S1 and S4 and S7) OR (S2 and S4 and S7) OR (S3 and S5 and S7) and S8)							
CINAHL = 369		MEDLINE = 447		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 5			
				Total =821			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: HORIZONTE TEMPORAL							
CINAHL = 97		MEDLINE = 102		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 5			
				Total = 204			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: LIMITADOR DE FULL TEXT							
CINAHL = 53		MEDLINE = 40		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 5			
				Total = 98			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: LIMITADOR LÍNGUA PORTUGUESA, CASTELHANA OU INGLESA							
CINAHL = 50		MEDLINE = 33		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 5			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: DUPLICAÇÃO DE ARTIGOS							
CINAHL = 50		MEDLINE = 24		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 5			
				Total = 79			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: ARTIGOS FORA DO ÂMBITO DA TEMÁTICA							
CINAHL = 6		MEDLINE = 4		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 3			
				Total = 13			
APLICAÇÃO DE CRITÉRIO: ESTUDOS DE ABORDAGEM QUALITATIVA OU QUANTITATIVA E REVISÕES SISTEMÁTICAS DE LITERATURA							
CINAHL = 1		MEDLINE = 2		Cochrane Database of Sistematic Reviews = 3			
				Total = 6			

**APÊNDICE 3: SÍNTESE DOS ARTIGOS
INCLUIDOS NA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA**

Titulo do Artigo	Autores/ Ano	Tipo de estudo/ Nível de evidência ¹	Participantes/ Objetivo do estudo
Women's Choice of Positions during Labor: Return to the past or a Modern Way to Give Birth? A cohort Study in Italy	Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014)	Estudo de coorte observacional. Nível de Evidência - III	Total de 225 mulheres Grupo A - 69 mulheres; Grupo B – 156 mulheres Comparar os efeitos das posições de parto reclinadas e alternativas no que respeita ao progresso do TP, tipo de parto, bem-estar neonatal, e rotação da cabeça fetal intraparto.
Maternal positions and mobility during first stage labor	Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J. & Styles, C. (2013)	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I	25 Estudos (equivalente a 5218 mulheres) Comparar os efeitos maternos, fetais e neonatais entre a adoção de posições verticais com adoção de posições reclinadas durante o 1º estágio do TP.
Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia	Kemp, E., Kingswood C., Kibuka, M. & Thornton, J. (2013)	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I	5 Estudos (equivalente a 879 mulheres) Conhecer os efeitos das diferentes posições de nascimento durante o 2º estágio do TP nos resultados maternos e fetais importantes para a mulher com analgesia epidural.
Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supine	Aguilar, O., Romero, A. & García, V. (2013)	Estudo de coorte com intervenção, descritivo e analítico. Nível de Evidência - III	155 Mulheres: 77 – posição supina; 78 posição vertical Comparar os resultados perinatais e obstétricos entre a postura supina e vertical no TP (hemorragia obstétrica pós parto, lacerações de 2º grau, a intensidade da dor, duração do período expulsivo, e a satisfação da mulher)
Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia	Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M. (2012)	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I	22 Estudos (equivalente a 7280 mulheres) Determinar os benefícios e riscos do uso de diferentes posições durante o 2º estágio do TP sobre resultados maternos, fetais, neonatais sem a utilização de analgesia epidural.
Childbirth in Supported Sitting Maternal Position	Ganapathy, T. (2012)	Estudo Randomizado Nível de Evidência - II	200 mulheres Comparar os efeitos da posição de parto sentada com a posição supina/ litotomia em primigestas saudáveis nos resultados perinatais, obstétricos e na experiência materna do parto.

¹ Hierarquia de evidência proposta por Newman & Roberts (2004): Nível I – Revisões sistemáticas da literatura; Nível II – Estudos aleatórios; Nível III – Estudos de coorte; Nível IV – Estudos de caso controlados; Nível V – Séries de caso; Nível VI – Estudos de caso, opinião.

Artigo nº 1: Women's Choice of Positions during Labor: Return to the past or a Modern Way to Give Birth? A cohort Study in Italy

Autor/ Anos/ Revista/ Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Biomed Research International

Tipo de Estudo/ Nível de Evidência Estudo de coorte observacional.
Nível de Evidência - III

Participantes 225 mulheres: Grupo A - 69 mulheres; Grupo B – 156 mulheres

Objetivos Comparar os efeitos das posições de parto reclinadas e alternativas no que respeita ao progresso do TP, tipo de parto, bem-estar neonatal, e rotação da cabeça fetal intraparto.

Intervenções Todas as mulheres assumiram autonomamente a posição de parto.
Grupo A - 69 mulheres (passaram mais de 50% do TP na posição reclinada, definida como dorsal, num até 45º ou lateral)
Grupo B – 156 mulheres (passaram mais de 50% do TP em posições alternativas, definidas como de pé, de cócoras, sentada ou na posição de quatro apoios)
Os dados foram colhidos através de um sistema informático, do partograma e de um banco de dados excel construído pelos investigadores que era preenchido diariamente.

Resultados Pertinentes para a RCL As mulheres do grupo B assumiram preferencialmente a posição de pé (46,1%), seguindo-se a posição de sentada (21,1%), de cócoras (16,6%) e de quatro apoios (16,2%).

Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação:

	Grupo A	Grupo B
Duração do 1º estágio do TP	336,1 minutos	192,1 minutos
Duração do 2º estágio do TP	84,4 minutos	34,4 minutos
Score de dor (escala numérica da dor)	7,1	3,7
Solicitação de analgesia	34,8%	9,6%
Tipo de parto	Eutócicos - 47,8% Instrumentados 26,1% Cesariana 26,1%	Eutócicos - 87,1% Instrumentados 7,1% Cesariana 5,8%
Distócia	13,05%	0,7%
Alterações cardíacas fetais anormais	13,05%	5,1%
Episiotomia	100% nas mulheres com partos vaginais	32,7% nas mulheres com partos vaginais
Lacerações de 1º e 2º graus	5,9%	49%
Posição occipito posterior persistente no momento do parto vaginal	39,6%	28%

Não foram encontradas diferenças significativas relacionadas com os resultados neonatais.

Conclusões do autor O posicionamento materno alternativo pode influenciar de forma positiva o progresso do TP, a redução da dor materna, de partos instrumentados, cesarianas, e taxas de episiotomia.
Este estudo demonstra o benefício das posições verticais na rotação da cabeça fetal intraparto de uma posição occipito posterior para uma posição occipito anterior, contudo mais estudos são necessários.
Na ausência de complicações materno-fetais, todas as mulheres devem ser encorajadas a mover-se e colocar-se na posição mais confortável, preferindo uma postura vertical quando é diagnosticada uma posição occipito posterior.

Artigo nº 2: Maternal positions and mobility during first stage labour (Review).

Autor/Revista	Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J. & Styles, C. (2013). Cochrane Database of Systematic Reviews
Tipo de Estudo/Nível de Evidência	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I
Participantes	25 Estudos (equivalente a 5218 mulheres)
Objetivo do Estudo	Comparar os efeitos de posições verticais (definidas como: Deambulação e posições verticais estáticas - sentada, de pé, de joelhos, de cócoras ou de quatro apoios) com posições reclinadas (supina, semi reclinada e lateral) adotadas pelas mulheres durante o 1º estágio do TP e os resultados para a mãe e para o bebé.
Intervenções	O tipo de intervenção a ser estudada é a posição ou posições adotadas pela mulher durante o 1º estágio do TP. Foram utilizados os métodos descritos no manual da Cochrane para a realização de revisões sistemáticas da literatura no que respeita à colheita de dados, avaliação da qualidade e análise dos resultados. Os dados foram extraídos por dois investigadores que analisaram os estudos individualmente.
Resultados Pertinentes para a RCL	<p>Comparação 1 – Posições verticais e mobilidade versus posições reclinadas</p> <p>Resultados maternos: As mulheres que adotam posições verticais: apresentam um TP mais curto; têm maior probabilidade de ter um parto eutócico; têm menor probabilidade de ter um parto instrumentado; menor probabilidade de cesariana; menor probabilidade de necessitar de anestesia epidural; apresentam scores de dor menores; contudo as mulheres nulíparas apresentaram níveis de ansiedade maiores nesta posição (resultado apenas visível num estudo com 206 mulheres)</p> <p>Nota: Não existem resultados para: rutura espontânea de membranas ou hipotensão que requeresse intervenção</p> <p>Resultados fetal/neonatal</p> <p>Menor probabilidade de necessidade de UCIN se a mãe na posição vertical</p> <p>Comparação 2 – Posições verticais e mobilidade versus posições reclinadas (todas as mulheres: epidural)</p> <p>Resultados maternos</p> <p>A mulher está mais propensa a ter um parto vaginal instrumentado se for múltipara e se estiver na posição vertical (avaliado apenas a paridade)</p> <p>Nota: Não existem dados para: Duração do primeiro estágio do TP; satisfação materna; rutura artificial de membranas, rutura espontânea de membranas, perda de sangue estimado > 500 ml, trauma perineal.</p> <p>Resultados fetal/neonatal</p> <p>Nota: Não existem dados para: sofrimento fetal exigindo nascimento imediato ou uso de ventilação mecânica neonatal; Admissão na UCIN</p>
Conclusões do autor	As posições verticais e o movimento estão associadas a uma redução da duração do 1º estágio do TP, a uma diminuição da necessidade de analgesia epidural como método de alívio da dor e a uma redução de nascimentos por cesariana. É menos provável que os bebés sejam admitidos numa unidade neonatal. É mais provável que as mulheres alterem as suas preferências posicionais durante o progresso do 1º estágio do TP e, se for promovida a oportunidade, as mulheres vão alternando entre posições verticais, deambulação ou posições reclinadas no progresso do mesmo. Estudos examinaram que a fisiologia da manutenção de posições supinas durante o TP sugere efeitos fisiológicos adversos, neste período, tanto para a mulher como para o bebé, contudo, acreditam ser possível que as mulheres sejam informadas dos benefícios das posições verticais, encorajadas e suportadas para adquirirem a posição que escolherem. As mulheres não devem ter a sua opção de liberdade de movimentos restrita, a não ser se clinicamente indicado, e devem evitar longos períodos em posições supinas.

Artigo nº 3: Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review)

Autor/ Ano/ Revista/	Kemp, E., Kingswood C., Kibuka, M. & Thornton, J. (2013). Cochrane Database of Systematic Reviews
Tipo de Estudo/ Nível de Evidência	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I
Participantes	5 Estudos (equivalente a 879 mulheres)
Objetivos	Conhecer os efeitos das diferentes posições de nascimento durante o 2º estágio do TP nos resultados maternos e fetais importantes para a mulher com anestesia epidural.
Intervenções	Intervenção experimental: Uso de qualquer posição vertical pela mulher durante 2º estágio do trabalho e parto. Intervenção de controlo: Uso de qualquer posição reclinada. Dois investigadores analisaram e extraíram os dados dos estudos de forma independente.
Resultados Pertinentes para a RCL	Resultados maternos: Não foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos com posições verticais e reclinadas na cesariana, parto instrumentado (fórceps ou ventosa), na duração do 2º estágio de TP, e na dor. O parto vertical, foi considerado como fator de risco para lacerações vaginais. Nas lacerações perineais, não foram encontradas diferenças significativas. Não foram encontrados dados sobre hemorragia superior a 500 ml; 2º estágio do TP prolongado ou sobre a experiência materna e satisfação do TP. Resultados neonatais: Não foram identificadas diferenças significativas nos resultados neonatais relativamente ao peso, comprimento, ou Índice de Apgar entre os dois grupos ou na admissão na UCIN.
Conclusões do autor	O estudo revela que existem dados insuficientes relativos às recomendações sobre a melhor posição para o 2º estágio do TP para mulheres com epidural. Elas devem ser encorajadas a assumir a posição em que se sintam mais confortáveis durante o 2º estágio do TP.

Artigo nº 4: Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supine

Autor/Revista/	Ano/	Aguilar, O., Romero, A., García, V. (2013). Ginecologia y Obstetricia de México, nº 1 (81)
Tipo de Estudo/Nível de Evidência	de	Estudo de coorte com intervenção, descritivo e analítico. Nível de Evidência - III
Participantes		155 Mulheres: 77 – posição supina; 78 posição vertical
Objetivos		Comparar os resultados perinatais e obstétricos entre a postura supina e vertical no TP (hemorragia obstétrica pós parto, lacerações perineais de 2º grau, a intensidade da dor, duração do período expulsivo, e a satisfação da mulher)
Intervenções		Grupo I – posição vertical Grupo II – posição supina Os grupos foram formados aleatoriamente. As participantes receberam num envelope fechado com a postura a adotar. Os médicos encarregues da vigilância e cuidado das pacientes abriram o envelope quando estas se encontravam no 2º estágio do TP. Assim o médico e a paciente estiveram “cegos” quando ao posicionamento a adotar. As pacientes foram autorizadas a circular livremente e assumir a posição durante o trabalho. A postura foi randomizada durante a etapa expulsão.
Resultados Pertinentes para a RCL	do	Não existem diferenças significativas nos resultados obstétricos ou perinatais nos dois grupos: nº reduzido de recém-nascidos com asfixia ou síndrome de aspiração de mecónio; diminuição de episiotomias; diminuição do 2º estágio do TP. Durante o período expulsivo não se encontraram diferenças; Não houve alteração na dor referida pelas mulheres. Aumento do nº de episódios de hemorragia quando a mulher se encontra na posição vertical, mas sem significado. <u>Nota:</u> Este estudo demonstra que a obtenção melhores resultados perinatais e obstétricos está relacionado com a vigilância que se presta à paciente e não com a realização de uma manobra.
Conclusões do autor		A postura adotada pela mulher durante o nascimento não influencia os resultados perinatais nem promove complicações obstétricas graves, não influencia a intensidade da dor, e não leva à realização de manobras para a obtenção do feto. A postura vertical favorece o encurtamento do 2º estágio do TP, mas a esta estão associadas lacerações vaginais. A postura deve ser independente para a mulher uma vez que não gera qualquer situação que proporciona maior benefício, pelo que a sua limitação poderia afetar a qualidade da atenção dos cuidados e o médico deve adequar-se às necessidades da paciente.

Artigo nº 5: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review)

Autor/Revista/	Ano/	Gupta, J., Hofmeyr, G., Shehmar, M. (2012). Cochrane Database of Systematic Reviews, nº 5
Tipo de Estudo/Nível de Evidência	de	Revisão Sistemática da Literatura Nível de Evidência - I
Participantes		22 Estudos (equivalente a 7280 mulheres)
Objetivos		Determinar os benefícios e riscos do uso de diferentes posições durante o 2º estágio do TP sobre resultados maternos, fetais, neonatais sem a utilização de anestesia epidural.
Intervenções		As comparações primárias referem-se ao uso de qualquer posição vertical ou lateral durante o 2º estágio do TP comparada com as posições supina ou de litotomia. As comparações secundárias incluem a comparação de diferentes posições verticais e a posição lateral. Os dados foram extraídos por dois investigadores que analisaram os estudos de forma independente.
Resultados Pertinentes para a RCL		Qualquer posição vertical comparada com a posição supina Resultados maternos Mulheres em posição vertical - Não existe redução significativa da duração do 2º estágio do TP. Existe uma redução significativa quanto aos partos instrumentados, mas sem diferenças nas taxas de cesariana; redução do número de episiotomias; aumento de lacerações perineais de 2º grau, mas sem diferença no número de lacerações perineais de 3º ou 4º grau; aumento do número de episódios hemorrágicos (> 500 ml). Não existem diferenças significativas demonstradas para a anestesia usada no 2º estágio do TP, sobre a necessidade de transfusão sanguínea, ou remoção manual da placenta. A incidência da incontinência urinária /fecal não foi mencionada ou incluída em nenhum estudo. Resultados feto/ neonatal Houve um registo menor de padrões anormais de frequência cardíaca fetal na posição vertical; não existem diferenças significativas demonstradas para a admissão neonatal na UCIN e morte perinatal.
Conclusões do autor		As posições verticais no nascimento não se demonstram prejudiciais para a mãe ou feto, com a exceção da perda de sangue aumentada. A evidência sobre a eficácia das várias posições de nascimento é inconclusiva. O estudo sugere que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição mais confortável.

Artigo nº 6: Childbirth in Supported Sitting Maternal Position

Autor/Revista/	Ano/ Ganapathy, T. (2012).
Tipo de Estudo/	Estudo Randomizado
Nível de Evidência	Nível de Evidência - II
Participantes	200 mulheres
Objetivos	Comparar os efeitos da posição de parto sentada com a posição supina/ litotomia em primigestas saudáveis nos resultados perinatais, obstétricos e na experiência materna do parto.
Intervenções	Grupo de Estudo – 100 mulheres na posição de sentada durante o 2º estágio do TP Grupo de controlo - 100 mulheres na posição supina/ litotomia durante o 2º estágio do TP. Após uma discussão detalhada e demonstração de ambas as posições foi realizada uma randomização pelo método da moeda. Caras para a posição de sentada e coroa para a posição supina/ litotomia. Todos os participantes puderam mover-se durante o primeiro estágio do TP.
Resultados Pertinentes para a RCL	Os resultados do estudo revelaram que, comparativamente com a posição supina/ litotomia, a posição de sentada está geralmente associada a contrações uterinas mais eficientes, esforços expulsivos espontâneos, ausência de hipotensão supina, redução da dor durante o parto, diminuição da necessidade da administração de ocitocina e de analgésicos, diminuição da duração do 2º e 3º estágio do TP, menos partos instrumentados, perda de sangue desprezável, menos alterações da frequência cardíaca fetal, valores de IA mais altos, 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto, as mulheres referem maior conforto, satisfação, maior perceção de segurança e de participação ativa durante os esforços expulsivos.
Conclusões do autor	As descobertas do estudo sugerem que a posição de sentada durante o TP apresenta resultados obstétricos e perinatais benéficos e experiências maternas favoráveis sem qualquer risco para a mãe e feto.